Irina Holdevici
Ilie P. Vasilescu

caleidoscop

Psihoterapia

Tratament fără medicamente

216

CUVÂNT ÎNAINTE

Lucrarea prezentă are drept scop popularizarea unor cunoştinţe din domeniul psihoterapiei!.

Definită ca tratament psihologic, psihoterapia şi-a dovedit de-a lungul timpului eficienţa în tratamentul unor afecţiuni nevrotice şi psihosomatice datorate stresului, unde se pot obţine adesea rezultate foarte bune, fără tratament medicamentos. Chiar şi în cazul unor boli psihice severe, cum sunt psihozele, psihoterapia poate, alături de chimioterapie, să contribuie la o mai bună şi mai durabilă remisiune a acestei categorii de bolnavi. Astăzi, se manifestă tot mai mult tendinţa ca unele tehnici psihoterapeutice să fie utilizate şi pentru autoperfecţionarea oamenilor fără afecţiuni care doresc să obţină performanţe ridicate în diverse domenii de activitate şi să se bucure de o stare de sănătate cât mai bună.

în ţările occidentale cu tradiţie în domeniul psihoterapiei, aceasta este practicată de către medicii şi psihologii care s-au specializat în tehnica psihoterapeutică. Cititorul se va întreba în mod firesc cui se poate adresa dacă doreşte^ să beneficieze de un tratament de acest tip. în ţara noastră ex/sfă specialişti în diverse sisteme psihoterapeutice printre medicii şi psihologii din cadrul marilor spitale de psihiatrie şi de alte profile medicale

încât dificultăţile existenţiale ale acestuia să fie înlăturate sau măcar diminuate. în acest scop, psihoterapeutul încearcă să realizeze o evaluare a personalităţii pacientului, căutând să pună în evidenţă problemele principale şi particularităţile psihice ale acestuia. Demersul psihoterapeutic va avea apoi ca sarcină să elibereze pacientul de anxietate, depresie sau alte trăiri afective care împiedică adaptarea optimală a acestuia la mediu, trăiri care îi perturbă comportamentul şi au efecte negative asupra celor din jur, lezând cele mai importante acţiuni ale vieţii individului: activitatea profesională, relaţiile interpersonale, viaţa sexuală, imaginea de sine, autoaprecierea etc. Psihoterapia este definită ca o acţiune psihologică sistematică, planificată şi intenţională, având la bază un sistem teoretic conceptual bine pus la punct şi exercitată de către un psiho-terapeut calificat (psiholog sau medic) asupra pacientului. Ea utilizează metode şi acţiuni specifice şi nu se poate confunda cu simpla acţiune caldă şi simpatică pe care o exercită la nivel empiric o rudă, un preot sau un prieten foarte apropiat (Watson, 1963). Psihoterapia poate fi privită şi ca o relaţie interpersonală dintre pacient şi psihoterapeut, relaţie menită să investigheze şi să înţeleagă natura tulburărilor psihice ale pacientului în scopul de a corecta aceste tulburări şi a elibera pe pacient de suferinţă. Suferinţa psihică se poate manifesta sub forma unor atitudini, sentimente, stări.comportamente sau simptome care creează tulburări pacientului şi de care acesta doreşte să se elibereze. Obiectivul major al psihoterapiei constă în a produce modificări în sfera personalităţii pacientului, modificări care îl vor ajuta să realizeze

o adaptare mai eficientă, mai puţin dezagreabilă şi mai stabilă la mediu. Deşi psihoterapia vizează în primul rând simptomele, dificultăţile, tulburările şi dezadaptările pacientului, ea nu trebuie redusă doar la procesul psihologic de vindecare, ci trebuie să vizeze, pe cât posibil, restructurare de profunzime a personalităţii, precum şi o mai eficientă reglare şi autoreglare a stărilor psihice ale acestuia, să fie preventivă şi autoformativă, să urmărească evoluţia omului, actualizarea disponibilităţilor sale latente şi a potenţialului său maximal, atât pe plan fizic cât şi spiritual.

Psihoterapia se aplică la o gamă largă de tulburări psihice, începând cu crizele existenţiale, tulburările din sfera personalităţii, nevrozele, afecţiunile psihosomatice, bolile organice cronice şi terminând cu susţinerea psihotera-peutică a unor pacienţi psihotici aflaţi în faze de remisiune, unde vine în completarea tratamentului psihiatric.

Există şi un număr de persoane normale (au succes profesional, familie bine

organizată şi afectuoasă, şi-au îndeplinit multe din obiectivele existenţei lor) care vin la psihoterapeut pentru că au impresia că nu au trăit la nivelul expec-taţiilor lor şi nu şi-au realizat potenţialul psihic la nivel maximal. Aceştia, poate, şi pentru că problemele lor nu sunt atât de grave, pot obţine un mare câştig de pe urma psihoterapiei care îi ajută să-şi regleze mai bine procesele şi funcţiile psihice, să-şi dezvolte creativitatea şi să evolueze pe plan spiritual.
Care ar fi categoriile de pacienţi care nu beneficiază de avantajele psihoterapiei? Este vorba în primul rând de deficienţii mintali care sunt incapabili să înţeleagă sensul interpretărilor realizate de psihoterapeut şi să ajungă la descoperirea cauzelor şi soluţiilor propriilor lor
probleme. De asemenea, persoanele care nu reuşesc să realizeze un contact uman şi deci nici relaţia psihoterapeutică nu se pot bucura de avantajele psihoterapiei. fn această categorie intră unii psihopaţi şi unii pacienţi psihotici, mai ales schizofrenii.
Un bun psihoterapeut trebuie să fie atent să nu se fixeze în mod rigid asupra unui diagnostic (care poate fi pus uneori cu superficialitate), ci să abordeze pacientul ca pe o entitate unică, de sine stătătoare, fără a uita că nu există boli, ci bolnavi. Astfel, trebuie explorată lumea interioară a pacientului,slăbiciunile şi punctele tari ale acestuia, simptomele ca şi posibilităţile sale de vindecare, relaţiile acestuia cu sine şi cu ceilalţi, adaptabilitatea, precum şi receptivitatea sa pentru o metodă psihoterapeutică sau alta.
Este important de ştiut faptul că nu există un model standard de normalitate şi că modalităţile de adaptare ale omului la mediu sunt foarte variate. Soluţia psihoterapeutică eficientă pentru un pacient poate să nu fie eficientă pentru altul. Psihoterapeutul trebuie să aibă în vedere, atunci când începe psihoterapia, pacientul şi realitatea situaţională a acestuia, să caute să-i deblocheze propriile disponibilităţi, să-l ajute să trăiască fericit în colectivitate, să se accepte pe sine, să fie eficient din punctul său de vedere.fiind în acelaşi timp el însuşi. Deci, dezideratul psihoterapiei nu este să-l facem pe pacient să semene cu alţii, ci să-şi restructureze şi să-şi optimizeze propria configuraţie a personalităţii, astfel încât să-şi poată rezolva problemele într-un mod matur, realist şi mai puţin nevrotic.
Strupp şi Hadley (1977) arată că succesul psihoterapiei poate fi evaluat după trei criterii principale:

- trăirea subiectivă a pacientului (dispariţia simptomelor; se simte mai bine, e mai mulţumit, mai fericit, mai împăcat cu sine);
- recunoaşterea socială (progresele realizate de pacient în profesie, familie, la învăţătură etc);
- materializarea expectaţiilor psihoterapeutului în ceea ce priveşte modificările realizate în sfera personalităţii şi în comportamentul subiectului.

Mulţi pacienţi se pot simţi ameliораţi, cel puţin temporar, atunci când au reuşit să scape de simptomele neplăcute care ii deranjează şi care i-au determinat să se adreseze unui serviciu de psihoterapie.
Succesul aşteptat de către psihoterapeut este ceva mai greu de atins şi de evaluat mai ales în cazul psihoterapiilor de orientare analitică, unde simpla dispariţie a simptomelor nu este considerată suficientă, ea nefiind sinonimă cu restructurarea de profunzime a personalităţii nevrotice. Deşi pacientul afirmă că se simte bine pentru că a scăpat de simptomele sale (de pildă insomnii, anxietate,dispoziţie depresivă), terapeutul psihanalist poate considera că starea pozitivă a pacientului e pasageră fiind, de pildă, rezultatul unui transfer pozitiv (relaţie emoţională pozitivă cu terapeutul) al pacientului asupra terapeutului şi de a cărui stabilitate terapeutul se îndoieşte, fn acelaşi timp, terapeutul psihanalist poate considera ameliorarea simptomului doar ca o parte neînsemnată a modificării dorite. Specialiştii în psihoterapii scurte sunt ceva mai puţin pretenţioşi, ei mulţumindu-se de cele mai multe ori să rezolve doar problema de care se

plânge pacientul, aşa cum se întâmplă şi în cazul tratamentului medicamentos. Ca demers ştiinţific, psihoterapia trebuie să aibă la bază nişte ipoteze clar formulate şi un sistem de reguli bine stabilite, ce derivă din concepţia teoretică a şcolii psihoterapeutice respective asupra personalităţii umane şi a tulburărilor psihopatologice din sfera acesteia. Psihoterapeutul trebuie să cunoască legile funcţionării subsistemelor personalităţii, să-şi formuleze clar obiectivele şi treptele necesare atingerii acestora, cât şi metodele de acţiune adecvate fiecărui pacient îh parte. Majoritatea specialiştilor sunt de părere că obiectivele psihoterapiei vizează în principal următoarele aspecte:

• Scoaterea pacientului din criza existenţială în care se află.
• Reducerea sau eliminarea simptomelor.
• fntărirea eului şi a capacităţilor integrative ale personalităţii pacientului.
• Rezolvarea sau restructurarea conflictelor in-trapsihice ale pacientului.
• Modificarea structurii personalităţii în vederea obţinerii unei funcţionări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu.
• Reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) acelor condiţii de mediu care produc sau menţin comportamentele de tip dezadaptativ.
• Modificarea opiniilor eronate ale subiecţilor despre ei înşişi şi despre lumea înconjurătoare.
• Dezvoltarea la subiecţi a unui sentiment clar al identităţii personale.

Aceste obiective nu sunt uşor de atins deoarece adesea viziunea distorsionată despre lume şi imaginea de sine nesănătoasă ale pacientului

12

sunt rezultatul unor relaţii patologice din copiilărie, relaţii întărite pe parcursul mai multor ani de experienţe de viaţă. De asemenea, dezadaptările la nivel profesional marital sau social presupun, pentru a fi rezolvate, şi operarea unor modificări în situaţia de viaţă a persoanei, pe lângă intervenţia psihotera-peutică propriu-zisă. Este greu de presupus că un psihoterapeut, oricât de competent ar fi, va izbuti într-un timp relativ scurt să restructureze întregul trecut al persoanei, s-o înarmeze cu mijloace adecvate de adaptare valabile în orice situaţie. Totuşi, chiar în cazurile de tulburări psihice cronice, o experienţă psihoterapeutică încununată de succes îl poate face pe individ să câştige o nouă perspectivă asupra propriilor sale probleme, să pună în acţiune noi modele de comportament, să abordeze situaţiile de viaţă dintr-o perspectivă ceva mai adaptată. Astăzi se apreciază că există foarte multe abordări psihoterapeutice care merg de la psihanaliza clasică a lui F r e u d până la utilizarea în psihoterapie a unor tehnici orientale, cum ar fi cele Yoga sau Zen. K a r a s u (1980) clasifică sistemele psihoterapeutice în raport de trei concepte de bază, fiecare şcoală psihoterapeutică pivotând cu precădere în jurul unuia din aceste concepte. Cele trei concepte-criterii sunt: dinamic, comportamental şi experienţial (tabelul 1). Fiecare concept în funcţie de care autorul împarte sistemele psihoterapeutice constituie de fapt un domeniu tematic, un sistem de referinţă în raport de care este interpretată natura umană, simptomele sale psihopatologice, demersul curativ şi natura relaţiei terapeut-pacient (tabelul 2).

13

Tabelul 1
Principalele forme de psihoterapie în raport cu criteriile: dinamic, comportamental si experientiai
(Karasu, 1980)

Pslhoterapii:					
Dinamice		Comportamentale		Experientiale	
Forma	Repreze n- tanţii	Forma	Repreze n- tanţii	Forma	Reprezen- tanţii
1	2	3	4	S	6

Psihanaliză clasică	Fre u d	Psihoterapia prin		Analiza existenţială	Binswan-
Psihologia analitică	Jung	inhibiţie reciprocă	Wolpe		ger
Terapia voinţei	Rank	Terapia implozivă	Stampf I	Dasein-analiza	Boss
Terapia analitică activă	Stekel	Terapia		Logoterapia	r r a n k i
Psihologia individuală	Adler	reflexcondiţio-		Terapia centrată	Rogers Perls
Psihiatria interpersonaiă	Su11 i van	nală Terapia bazată pe teo-	Salter	pe client Gestaltterapia	
Psihoterapia intensivă	From m	riile învăţării	Do II ard	Terapia psihoimagi-nativă	Shorr
	Reichma n	Psihoterapia bazată pe		Terapia experienţială	Whitaker
Analiza caracterologică	Horney	învăţarea socială	Rotter	Terapia experienţială	G e n d 1 i n
Şcoala culturală	Fro m m	Terapia modelată	Bandura	Psihoterapia strigătului	
Analiza ego-ului	Klein	Psihoterapia directivă	Th orn e	primai	Janov .

Tabelul 1 (continuare)

1	2	3	4	5	6
Şcoala de la Chicago	Alexand er	Terapia prin decizii	Green-	Analiza bioenergetică	Lowen
	Fre nch	directe	wald	Analiza structurală	Rolf
Terapia sectorizată	Deutsch	Terapia de confruntare		Antrenamentul autogen	S c h u 11 z
Psihoterapia obiectivă	Karpma n	şi rezolvare de probleme	Garner		Luthe
Psihoterapie scurtă	Sif neos	Terapia asertiv-		Meditaţia transcedentală,	
(analitică)	Malan	structu-rală	Phillips	Yoga Nirvana - terapia	Watts
	Bellak	Terapia bazată pe		Psihoterapia Zen	
Analiza directă	Rosen	constructe personale	Kelly	Psihoterapia psihede-	Osm u n o
Terapia psihobiologică	Meye r	Terapia raţional emotivă	E11 i s	lică	
Terapia biodinamică	M a s s e r-	Terapia integrativă	Drakefor d		
	man	Terapia realităţii	Glasser		
Psihodinamica adapta-		Psihoterapia filozofică	Sahakian		
tivă	Rado	Antrenamentul pe bază			
Hipnoanaliza	Wolberg	de bio-feedback	Green		

Analiza caracterială, vegetoterapia	Reich				

Tabelul 2
Principalele direcţii terapeutice de abordare terapeutică în cadrul celor trei tipuri de psihoterapie
Abordarea

Problema	Dinamici	Comportamentală	Exponenţială
1	2	3	4
Preocuparea principală Concepţia psihopatologică (cauza apariţiei simptomelor) Conceptul de sănătate	Represiunea sexuală Conflicte de natură instinctuală, dorinţe libidinale timpurii care rămân în afara conştiinţei, absenţa con-ştientizării Rezolvarea conflictelor refulate, victoria egoului asupra id-ului, întărirea ego-ului	Anxietatea Deprinderi învăţate, comportamente deficitare sau în exces, care au fost întărite de factori din mediu Reducerea (înlăturarea simp-tomelor): absenţa simptomelor şi/sau reducerea anxietăţii	Alienarea Disperarea existenţială. Pier-derea posibilităţilor umane, fragmentarea eului, lipsa de congruentă în cadrul experienţei personale Auto-realizarea potenţialului uman: autodesăvârşirea personală, câştigarea auten-ticităţii şi spontaneităţii

Tabelul 2 (continuare)
Modul în care se realizează schimbarea
Perspectiva temporală
Timpul de tratament Sarcina terapeutului
Realizarea unui insight profund: înţelegerea problemelor din trecutul personal (co-pilărie), înţelegerea intelec-tual-emoţională
Istorică: trecutul subiectiv
De lungă durată şi intensiv
Să înţeleagă conţinutul mental de natură inconştientă al subiectului, semnificaţiile sale ascunse în istoria vieţii bolnavului
învăţarea directă a modului cum trebuie să se comporte subiectul în prezent, a mo-dului de acţiune şi de realizare a performanţelor
Non-istorică: prezentul obiectiv -
De scurtă durată şi non-intensiv
Programarea, recompensarea, inhibarea sau elaborarea unor noi răspunsuri comportamentale adecvate (sănătoase) la stimulii anxio-geni
Trăirea experienţei imediate: trăirea sentimentului momentului actual; exprimarea spontan a experienţei
Anistorică:
momentul fenomenologic
De scurtă durată şi intensiv
învăţarea pacientului să interacţioneze într-o atmosferă de acceptare mutuală pentru a-şi dezvolta exprimarea eului (de la planul somatic şi spiritual)
Tabelul 2 (continuare)
Tehnica psihotera-peutică de lucru
Modul de tratament (modelul terapeutic)
Natura relaţiei psihoterapeutice
Rolul terapeutului
Interpretările.
Asociaţiile libere, analiza transferului, rezistenţelor, actelor ratate şi viselor

Medical:
de tipul relaţiei medic-bolnav, părinte-copil (autoritar, bazat pe un contract terapeutic)
Transferenţială şi realizată doar pentru terapie; primară în raport cu terapia; neautentică
Interpretare, reflectare. Indirect, nepasional; frustram
Condiţionare
Desensibilizare sistematică, întăriri pozitive şi negative; elaborarea unor modele comportamentale noi
Educaţional:
profesor-elev, părinte-copil (autoritar, bazat pe o convenţie de învăţare)
Relaţie reală dar secundară terapiei; absenţa relaţiei
Sfătuitor - formator; direct pentru rezolvare de probleme, practic
Interacţiunea.
Dialogul mutual. Dramatizarea (jucărea propriilor sentimente). Trăiri experimentale. Jocuri
Existenţial:
de la om la om; de la adult la adult (egalitar) bazat pe o înţelegere umană
Relaţie reală, primară în raport cu terapia autentică
De acceptare mutuală. Interacţiune, permisiv; gratificam
CATEGORIILE PROFESIONALE CARE PRACTICA PSIHOTERAPIA
Multe categorii profesionale au dat sau dau sfaturi oamenilor turbulenţi emoţional, realizând un fel de psihoterapie empirică. Medici de diverse specialităţi realizează acest lucru suplimentar pe lângă preocuparea lor de bază pentru sănătatea fizică a oamenilor chiar şi atunci când, în cadrul specialităţii lor, au puţine cunoştinţe psihologice şi puţin timp la dispoziţie pentru consiliere.
fn ţările dezvoltate, medicii au însă cunoştinţe suficiente pentru a recunoaşte o afecţiune psihică şi pentru a trimite pacientul la un serviciu de specialitate.
O altă categorie profesională care se ocupă de problemele emoţionale ale oamenilor o reprezintă clericii, fn unele ţări preoţii primesc chiar o anumită instrucţie psihologică pentru a fi mai competenţi în rezolvarea problemelor enoriaşilor.
Să vedem care este situaţia în Statele Unite, ţara cu cea mai dezvoltată tradiţie în domeniul psi-hoterapiei? (Coleman, Butcher, Car-son, 1984). In S.U.A. cei care fac psihoterapie propriu-zisă, de nivel ştiinţific şi sunt special pregătiţi pentru asta, sunt profesioniştii din domeniul sănătăţii mentale: psihiatrii, psihologi clinicieni şi - pentru probleme mai simple -asistenţii sociali din cadrul respectivelor servicii.
Psihiatrul care practică psihoterapia este absolvent al Facultăţii de medicină, doctor în ştiinţe medicale şi are o specializare de cel puţin trei ani în psihiatrie şi a urmat unul sau mai multe cursuri de psihoterapie fiind supervizat de un psihoterapeut competent. Psihologul clinician care practică psihoterapia este absolvent al unei facultăţi de psihologie,

doctor în psihologie, cu specializare în domeniul psihologiei clinice, psihopatologiei, teoriilor personalităţii, consilierii psihologice şi psiho-terapiei.
Mulţi psihoiogi clinicieni obţin o instruire specială în psihoterapie în afară de instruirea în domeniul psihopatologiei şi psihologiei clinice. Asistenţii sociali în S.U.A. sunt de regulă pregătiţi la nivel mediu în domeniul ştiinţelor sociale, dar pot avea şi pregătire universitară sau doctorat de la o şcoală superioară de asistenţă socială.
fn S.U.A. asistenţii sociali se ocupă mai mult de consilierea familială, supraveghează şi evaluează aspectele din teren şi în unele situaţii chiar aplică unele tehnici psihoterapeutice pentru care au calificarea necesară (se preocupă de măsura în care condiţiile sociale care întreţin tulburarea pot fi ameliorate). La noi în ţară, psihoterapia este practicată de către medici psihiatri şi psihologi care au obţinut o iniţiere într-una sau în mai multe tehnici psihoterapeutice.

PSIHOTERAPII DE ORIENTARE
DINAMICĂ

Punctul de vedere dinamic în psihologie îşi are originea în fizică şi porneşte de la ideea că orice fenomen psihic este rezultatul interacţiunii unor forţe. Conform acestei concepţii fiinţa umană este o structură complexă, determinată de jocul agitaţiei turbulente a unor forţe intrapsihice aflate în conflict.

Psihoterapia dinamică reprezintă o formă de tratament psihologic, care abordează personalitatea din perspectivă psihodinamică, exemplul cel mai ilustrativ reprezentându-l psihanaliza lui F r e u d. Există unii autori care includ în cadrul psihoterapiilor de orientare dinamică nu numai psihanaliza şi terapiile derivate din aceasta, ci şi alte sisteme psihoterapeutice, de pildă cele de orientare existenţială. L a z a r u s (1976) a denumit acestea - terapii dinamice sau terapii bazate pe insight (iluminare). Opinia noastră este că deşi în cadrul unor şcoli de orientare existenţialistă intervin elemente dinamice, iar insightul are un loc important, caracteristicile lor generale le fac să aparţină mai curând orientării experienţiale în psihoterapie.

Terapiile psihodinamice pun accent pe descoperirea de către pacient a variatelor procese psihologice de natură inconştientă, procese ce stau la baza structurii personalităţii sale şi a

21

formării mecanismelor sale adaptative. Aceste descoperiri bruşte şi intuitive ale pacientului sunt curioscute sub denumirea de „insight" sau iluminară

Prin intermediul insight-ului pacientul descoperă de fapt sursele şi motivele ascunse care stau la baza comportamentelor şi problemelor sale.

In teoria freudiană se presupune că aceste elemente s-au structurat în copilărie, sunt de natură inconştientă şi relativ inaccesibile persoanei.

Sarcina principală a terapiei dinamice este să-l ajute pe pacient să descopere ce se întâmplă cu el, să obţină insightul (limpezirea) propriilor sale probleme şi să utilizeze înţelegerea obţinută pentru a-şi modifica stilul perturbat de a reacţiona şi de a se comporta. Această abordare îşi are originea în teoriile şi practica psihanalizei freudiene, dar a fost modificată şi structurată şi în diverse alte sisteme psihoterapeutice, fiecare din acestea având o anumită concepţie despre natura umană şi aparţinând unui anumit întemeietor de şcoală (de pildă Cari J u n g sau E r i c h F r o m m, care au considerat sistemul lui F r e u d inadecvat sau incomplet), fn ciuda diferenţelor, aceste sisteme diverse de psihoterapie se aseamănă prin aceea că sunt de părere că psihoterapia trebuie să releve pacientului ce nu este în regulă cu viaţa sa psihică şi, pornind de la aceasta, trebuie să-l ajute să elaboreze noi modele comportamentale mai eficiente.

Aceste psihoterapii au cel puţin două trăsături comune:

22

1. Toate utilizează discuţia cu pacientul ca instrument de bază îh cadrul tratamentului psihologic şi pacientul este cel care decide în general despre ce anume se va vorbi. Terapeutul poate influenţa deciziile sale în mod direct sau indirect, dar majoritatea terapiilor bazate pe insight minimalizează rolul terapeutului, punând pacientul în centrul psihoterapiei.

2. Deşi există şi excepţii, în majoritatea terapiilor psihodinamice tradiţionale, cum ar fi, psihanaliza, psihoterapeutul tinde să adopte mai curând o atitudine profesională decât una cu caracter personal, solicitând de la pacient date cu privire la viaţa sa personală, fără a se comporta ca un prieten sau ca o cunoştinţă apropiată.

Există numeroase diferenţe în ceea ce priveşte strategia sau tactica abordării psihoterapeutice. Astfel, de pildă, psihanaliza ortodoxă impune pacientului între 3 şi 5 şedinţe pe săptămână, şedinţe ce se întind pe mai mulţi ani. Neo-freuidienii şi mulţi alţi psihoterapeuţi consideră că este necesară o perioadă mai scurtă de tratament, ajungându-se uneori la câteva săptămâni sau luni, doar cu o singură şedinţă săptămânal.

Psihoterapiile de orientare psihodinamică plasează deci responsabilitatea conţinutului despre care se va vorbi în cursul psihoterapiei pe umerii subiectului, terapeutul intervenind cu rezervă în cadrul acestui proces şi numai pentru a ghida conţinutul comunicării.

PSIHANALIZA

Psihiatria modernă şi psihologia clinică au fost îh mare măsură influenţate de teoria şi practica psihanalizei.

fn sens strict, psihanaliza se referă la sistemul conceptual şi la psihoterapia inspirate direct din lucrările şi tehnica terapeutică ale lui S i g-mund Freud şi ale urmaşilor săi, grupaţi în institute şi asociaţii care utilizează această metodă. Mulţi autori consideră că acest sens este prea restrictiv ţinând seama mai ales de faptul că au apărut o serie de variante inspirate din lucrările unor terapeuţi de prestigiu, cum ar fiJung, Adler, Horney, RanksauSu-11 i v a n, discipolii acestora autonumindu-se tot psihanalişti.

Datorită acestei situaţii a fost delimitat conceptul de psihanaliză freudiană. Psihanaliza poate fi considerată în acelaşi timp o teorie psihologică asupra dinamicii naturii umane, o metodă de cercetare şi o abordare psihoterapeutică (Watson, 1963). Psihoterapia psihanalitică nu poate fi înţeleasă dacă nu este înţeleasă concepţia teoretică asupra dinamicii naturii umane care stă la baza ei.

BAZELE TEORETICE ALE PSIHANALIZEI

Pentru teoria psihanalitică este centrală distincţia între motivele inconştiente şi cele conştiente care stau la baza conduitei umane. Sunt cunoscute în psihologie experimentele care se referă la studiul influenţei sugestiilor post-hipnotice în cadrul cărora subiectul execută comenzi de a căror sursă acesta nu este conştient.

Deşi psihologii s-au ocupat mai ales de studiul fenomenului conştient, clinicienii nu pot nega prezenţa la pacienţii lor a unor motivaţii de care aceştia nu-şi dau seama. Psihanaliza pune accent pe influenţa unor forţe inconştiente în dez-

voltarea şi menţinerea unor tulburări psihice sau a unorjperturbări în sfera personalităţii. Conform teoriei psihanalitice, forţele inconştiente influenţează fn fiecare clipă comportamentul uman, ele interferând cu elementele conştiente ale psihismului. Tehnica terapeutică a psihanalizei clasice îşi propune să aducă la nivelul conştiinţei emoţiile, motivele şi experienţele de care subiectul nu este conştient. Odată ce acestea au atins nivelul conştiinţei, individul îşi extinde controlul conştient asupra lor sau se eliberează de energia psihică pe care aceste conţinuturi psihice o conţin.

Trebuie subliniat faptul că inconştient nu înseamnă că anumite idei sau stări afective dispar complet din conştiinţă, ci, de cele mai multe ori, înseamnă disocierea unor părţi componente a unor conţinuturi psihice care ar trebui să se afle în mod firesc împreună. Pentru psihanalişti sănătatea mentală depinde (măcar parţial) de gradul în care viaţa psihică este condusă de forţe de natură conştientă, şi de conştientizarea efectului unor forţe inconştiente.

Privit din altă perspectivă, acest obiectiv poate să însemne de fapt întărirea eului, comportamentul fiind adus sub controlul ego-ului. fn felul acesta, dinamica forţelor psihice este modificată, subiectul psihanalizat reuşind să-şi rezolve mai bine propriile conflicte intrapsihice şi să facă faţă dificultăţilor existenţei într-un mod mai matur şi mai realist. Conform psihanalizei, structura personalităţii cuprinde trei instanţe psihice: Ego, Id şi Super-ego. Ego-ul (sau eul) are drept funcţii perceperea evenimentelor interne sau externe, integrarea diferitelor conţinuturi psihice, cât şi o funcţie executivă. Id-ul se referă la impulsurile

inconştiente, persistente de căutare a plăcerii şi de ostilitate, impulsuri pe care ego-ul le poate restructura conform datelor realităţii. Superego-ul (sau supraeul) se compune din conţinuturi psihice de natură social-valorică, idealuri, principii morale

şi elemente de autocritică în raport cu primele, care stimulează ego-ul în acţiunea sa de combatere a forţelor id-ului. Ego-ul, entitate psihică de natură conştientă se află în contact permanent cu mediul înconjurător şi este capabil de judecată independentă. La adultul normal Ego-ul are de regulă suficientă forţă pentru a face faţă tendinţelor inconştiente ale id-ului prin transformarea şi suprimarea acestora. La nevrotic, de regulă aceste tendinţe sunt reprimate (refulate) şi deci nu sunt accesibile conştiinţei. Mai mult, ego-ul acţionează împotriva aducerii lor în conştiinţă, punând în acţiune diferite mecanisme de apărare. Datorită acestui fapt, în decursul terapiei, terapeutul şi pacientul au de luptat nu numai cu tendinţe inconştiente, ci şi cu mecanismele de apărare ale eului. Practic, prin intermediul declanşării mecanismelor de apărare ale ego-ului are loc procesul conştientizării conţinuturilor inconştientului. Un alt element important al psihanalizei este postulatul conform căruia experienţele din copilărie joacă un rol deosebit de important în formarea personalităţii adulte. Această afirmaţie de natură genetică are o importanţă deosebită în modul cum este manevrată relaţia pacient-terapeut. O opinie acceptată într-o măsură ceva mai redusă este afirmaţia referitoare la conceptul de sexualitate, care ar cuprinde nu numai

experienţe legate de sfera genitală, ci o largă varietate de experienţe agreabile din copilărie cât şi faptul că aceasta ar pune o amprentă de neşters asupra personalităţii adulte. De pildă, complexul lui Oedip sau complexul de castrare care ar reprezenta fenomene normale în cursul dezvoltării copilului atunci când nu sunt bine integrate, pot predispune adultul la dificultăţi de adaptare.

Trebuie subliniat faptul că F r e u d a avut o concepţie deterministă asupra psihicului uman, el accentuând mult asupra cauzalităţii unor tulburări psihice. El sublinia însemnătatea unor fenomene, ca actele ratate, lapsusurile, asociaţiile libere şi analiza viselor, în descoperirea unor conţinuturi ascunse ale psihicului uman, oricât de neînsemnate ar părea aceste fenomene la prima vedere. Putem spune, în concluzie, că perspectiva psihanalitică are la bază următoarele principii fundamentale (după K a r a s u, 1980).

- Ideea că omul posedă o serie de impulsuri şi tendinţe instinctive - pulsiuni de natură inconştientă şi preocuparea pentru modul în care aceste impulsuri sunt exprimate, transformate sau refulate. Refularea se produce pentru a nu permite gândurilor, dorinţelor şi afectelor penibile să atingă pragul conştiinţei.
- Convingerea că refularea are la bază în principal tendinţele sexuale şi că tulburările psihice au la origine o dezvoltare libidinală (psihosexuală) defectuoasă.
- Ideea că dezvoltarea psihosexuală defectuoasă se originează în conflictele şi psihotraumele din copilăria timpurie, mai ales în complexul lui Oedip, care în forma sa clasică se manifestă în dorinţa sexuală faţă de părintele de sex opus.

- Convingerea în caracterul universal şi persistent al complexului Oedip, care rămâne activ şi neconştientizat.
- Ideea că omul se confruntă cu conflictele dintre pulsiunile biologice instinctive (id), sub-stitutele acestora, mecanismele primare de apărare a ego-ului care încearcă o mediere cu realitatea externă (ego) în acord cu standardele şi principiile morale elaborate de societate (su-perego).
- Psihanaliştii sunt partizanii determinismului sau cauzalităţii psihice, după care fenomenele psihice şi comportamentele umane nu apar întâmplător, ci sunt determinate strict de eveni-mente anterioare, care dacă nu sunt conştientizate determină subiectul să repete mereu aceleaşi tipuri de comportamente. Pornind de la aceste principii, pentru terapeutul psihanalist, sarcina principală este să aducă în conştiinţă inconştientul, adică să-l ajute pe pacient să conştientizeze şi să înţeleagă conţinutul pulsional din zonele profunde ale psihismului. Astfel, terapeutul

psihanalist analizează conţinuturile refulărilor instinctelor şi pulsiunilor de natură sexuală căutând să înlăture rezistenţele naturale ale pacientului, rezistenţe care tind să se opună acestui demers. Este clar de ce demersul de orientare dinamică este de lungă durată, adesea fără sfârşit, el având un obiectiv pretenţios şi anume restructurarea personalităţii în ansamblu şi rezolvarea tuturor conflictelor nevrotice. Cel mai important aspect îl reprezintă rezolvarea conflictului lui Oedip, rezolvare obligatorie pentru o personalitate sănătoasă. Vindecarea în această viziune presupune achiziţionarea de către individ a unui control total al ego-ului asupra impulsurilor inconştiente ale id-ului.
28
Procesul psihoterapeutic dinamic este marcat de momente de catharsis (descărcări psihice de natură emoţională) şi insight. H a r p e r (1959) definea catharsisul ca o descărcare a tensiunii şi anxietăţii prin retrăirea pe plan psihic a experienţelor trecute.
Este cunoscut faptul că încă din cele mai vechi timpuri oamenii au cunoscut efectul binefăcător al exprimării sentimentelor (vezi efectul „purificator" al spovedaniei), fn locul termenului de purificare utilizat de religie, F r e u d a preferat termenul de catharsis. Dacă la începutul psihanalizei catharsisul a fost considerat un element de bază al psihoterapiei, ulterior chiar F r e u d, odată ce sistemul său s-a structurat şi s-a maturizat, a ajuns la concluzia că pentru succesul terapiei este nevoie de mult mai mult, el deplasând accentul de pe catharsis pe alte elemente ale analizei. Totuşi, catharsisul rămâne în continuare un element important în terapia analitică pentru că:
a. terapia nu poate progresa dacă pacientul nu-şi exprimă într-o anumită măsură trăirile afective;
b. exprimarea acestor sentimente ii produce pacientului o uşurare, fapt ce încurajează pe acesta să continue terapia.
Deci ambele procese - catharsisul (descărcarea) şi insightul (iluminarea) - sunt considerate ca aparţinând psihanalizei tradiţionale.
Demersul terapeutic îşi schimbă, pe parcursul evoluţiei sale, centrul de greutate de la momentele de catharsis (descărcare) la recuperarea amintirilor uitate (insight). După Hutchinson(1950) există patru etape succesive în atingerea insightului psihoterapeutic şi anume:
29
a. o etapă pregătitoare, caracterizată prin trăirea sentimentului de frustraţie.anxietate, de vid interior şi disperare, urmată de o activitate febrilă de căutare prin încercări şi erori a unei soluţii la problema proprie şi apoi de o recădere în vechile modele de comportament şi gândire în care subiectul nu pare să întrevadă nici o cale de ieşire din situaţia sa;
b. o etapă de incubaţie sau renunţare, când se manifestă la subiect dorinţa de a renunţa, de a fugi de problema sa, acesta manifestând lipsă de motivaţie sau rezistenţă la rezolvarea propriilor probleme;
c. o etapă de iluminare când problema devine clară pentru pacient şi soluţia se impune de la sine (adesea apare un flux de idei acompaniate de sentimentul realităţii trăirii lui);
d. o fază de evaluare şi elaborare a soluţiei care este confruntată cu criterii exterioare furnizate de realitate.
De regulă, terapeuţii fac distincţia dintre in-sight-ul de natură intelectuală, care are o valoare terapeutică limitată şi cel de natură emoţională, care este esenţial. Oricum, distincţia nu este uşor de realizat, cele două componente aflându-se în interacţiune. Deşi insight-ul are în cadrul psihanalizei un rol terapeutic major, trebuie să fim totuşi de acord şi cu afirmaţia lui S c h o n b a r (1957) care spunea că nu toate schimbările din sfera personalităţii pacientului se datoresc insight-ului şi că nu orice insight duce în mod obligatoriu la schimbare. Psihanaliştii consideră că un alt factor psihologic important generator de schimbare este relaţia de tip

transferenţial dintre pacient şi terapeut, relaţie asupra căreia vom mai reveni. Procedura preliminară implică acceptarea provizorie de către psihoterapeut şi evaluarea
30
diagnostică a pacientului, aspectele financiare ale psihoterapiei, discuţii legate de aşteptările pacientului, avertizarea acestuia în legătură cu posibile modificări serioase în sfera personalităţii sale, şi explicarea procedurii terapeutice.
înainte ca pacientul să fie acceptat pentru psihanaliză se acordă, de regulă, o perioadă provizorie de 2—3 săptămâni pentru a decide dacă problemele acestuia sunt abordabile prin intermediul acestei tehnici. Psihanaliza conservatoare consideră că pot fi abordate psihanalitic următoarele categorii de tulburări: stările de anxietate, isteria anxioasă, isteria de conversie, nevrozele compulsive, fobiile, nevrozele caracteriale şi perversiunile.Se consideră că pot fi abordate psihanalitic chiar formele mai severe şi cronice ale acestor tulburări.
Unii psihanalişti moderni recurg astăzi la serviciile unui psiholog care să realizeze interviul clinic şi să furnizeze date bazate mai ales pe psihodiagnosticul proiectiv (R o r s c h a c h). F r e u d însă nu era de părere că este bine ca o altă persoană să realizeze discuţiile preliminare cu pjacientul mai ales datorită faptului că acest lucru ar putea afecta relaţia transferenţială dare tinde să se structureze în aceste perioade preliminare. Din acelaşi motiv, F r e u d era de părere să nu fie admişi în terapie prieteni sau cunoştinţe deoarece cu aceştia relaţia transferenţială s-a structurat deja într-un mod în care altfel nu s-ar fi produs, în perioada preliminară se fixează ora precisă (cincizeci de minute) şi zilele terapiei. Se lucrează în varianta clasică, 5 sau chiar 6 zile pe săptămână. Unii psihanalişti mai puţin ortodocşi lucrează doar de 3 ori pe săptămână. Se precizează cu exactitate că pacientul este
31
responsabil din punct de vedere financiar de desfăşurarea şedinţelor. Durata totală a tratamentului psihanalitic variază de la un an la mai mulţi ani, cu durata medie de doi ani.
Pacientului i se recomandă să nu facă schimbări radicale în existenţa sa (familială, profesională) cel puţin în fazele incipiente ale terapiei, până când motivaţiile inconştiente care generează aceste schimbări nu sunt analizate. Această recomandare se face nu numai pentru a proteja pacientul de dorinţele impulsive de a-şi rezolva conflictele într-un mod nevrotic, ci şi pentru a-l împiedica pe acesta de a se debarasa de problemele sale în afara şedinţelor de psihanaliză.
Reamintim că psihanaliza este un tip de psihoterapie în cadrul căreia conflictele nevrotice trebuie aduse la nivel conştient, fn timpul şedinţelor de psihanaliză, de regulă, pacientul este întins pe o canapea, iar terapeutul stă aşezat în spatele lui. Psihanaliştii mai puţin ortodocşi admit şi faptul că pacientul poate sta aşezat.
TEHNICILE PSIHANALIZEI
Metoda asociaţiilor libere
După opiniile lui F r e u d, subiectul pe marginea căruia pacientul va asocia liber este lăsat integral la latitudinea sa, fără să i se ceară sau să se încurajeze coerenţa şi păstrarea unui fir director al asociaţiilor. / Tehnica asociaţiei libere constă în a lăsa mintea să vagabondeze astfel încât pacientul să spună absolut tot ce-i trece prin cap, indiferent de convenienţă, jenă şi fără a pune în acţiune dorinţa de a face o impresie bună.
32
Produsele asociaţiilor pot fi amintiri, imagini, reverii diurne, gânduri acuzatoare, sentimente, reproşuri etc.
Adesea fluxul asociaţiilor libere este blocat de punerea în funcţiune a rezistenţelor subiectului. Raţiunea pentru care se utilizează asociaţiile libere este aceea că inconştientul va revela prin această metodă conţinuturile sale reprimate, eliberând individul de efectele lor, în felul acesta scopul psihanalizei fiind atins. Este eronată opinia după care psihanalistul nu utilizează niciodată întrebările directe. Dimpo-

trivă, acesta le foloseşte ca stimuli pentru declanşarea unor noi asociaţii (întrebările sunt de tipul: „la ce te duce cu gândul aceasta?", sau „câţi ani aveai când s-a întâmplat aceasta?"). Un principiu director al tehnicii asociaţiilor libere constă în aceea că atâta timp cât pacientul asociază liber pe tema transferului asupra terapeutului, aceste asociaţii rămân neatinse. Doar atunci când transferul este utilizat de pacient ca un mecanism de rezistenţă, a sosit momentul ca analiza să se îndrepte asupra acestui subiect. Analiza viselor

Lipsa de coerenţă, caracterul dezordonat şi aparent ilogic al asociaţiilor libere este caracteristic şi viselor.

Ca şi asociaţiile libere şi visele pot fi privite în mod determinist ca reprezentând reacţiile celui care visează la propriile sale experienţe de natură inconştientă. De fapt, pacienţii se referă de cele mai multe ori, în mod spontan în cursul asociaţiilor libere la visele pe care le-au avut. F r e u d a caracterizat visele ca fiind „calea regală spre inconştient". Conţinutul manifest, povestit de cel care a avut visul, este un fel de ecran de tip caleidoscopic care nu face decât să ascundă conţinutul latent

33

- semnificaţia reală a visului. Acest conţinut latent reprezintă sentimente şi dorinţe adânc reprimate, la care pacientul este atât de profund implicat încât nu le poate aduce în conştiinţă prin efort personal.Fiecare vis reprezintă o luptă a pacientului de a-şi rezolva conflictele de natură inconştientă. Incapabilă de a face faţă conflictelor inconştiente, aşa cum apar ele în semnificaţia lor deplină, personalitatea umană se angajează la o luptă cu ele şi prin mecanisme de natură dinamică cum ar fi, de pildă, conden-sarea şi deplasarea care substituie şi maschează conţinutul real al visului care apare în forma conţinutului manifest. Metoda analizei viselor, aşa cum este ea utilizată în psihanaliză, cere pacientului să asocieze nu asupra visului în întregime, ci asupra detaliilor care îi apar semnificative pacientului sau psihanalistului. Astfel, apar la iveală teme specifice care conduc la aducerea în conştiinţă a conţinutului latent de natură inconştientă.

Analistul, atunci când 11 ajută pe pacient să-şi interpreteze visele, trebuie să cunoască foarte bine personalitatea şi problematica pacientului şi în acelaşi timp să fie conştient de faptul că nu există un simbolism universal al viselor, care se poate aplica în orice situaţie (W a t s o n, 1963).

fncă F r e u d arată că modul cel mai eficient de a completa analiza unui vis este s-o amânăm până ce materialul respectiv va fi continuat şi amplificat în cursul unor noi vise. Interesant de subliniat este şi faptul că primele vise sunt mai uşor de analizat şi de interpretat de către pacient, datorită lipsei lor de sofisticare. Cu cât analiza progresează mai mult, cu atât se pătrunde în zone din ce în ce mai obscure ale psihismului.

34

Analiza acţiunilor pacientului

0 altă sursă pentru obţinerea materialului ce trebuie analizat o reprezintă interpretarea acţiunilor pacientului. Comportamentul non-verbal cât şi cel verbal (neintenţional) includ o serie de elemente importante pentru analiză, cât şi aspecte neesenţiale. Aceste aspecte se pot manifesta atât în cursul şedinţei de psihanaliză cât şi în afara ei.

Astfel de comportamente manifestate în timpul şedinţei pot fi, de pildă, grija excesivă a pacientului de a nu-şi şifona pantalonii, privirile anxioase pe care acesta le aruncă peste umăr, în direcţia terapeutului, comportamentul de flirt, erorile de pronunţare a unor cuvinte etc. fn afara şedinţei pot să apară modificări ale comportamentului pacientului în familie, la serviciu, apariţii sau dispariţii de simptome, reacţia la o anumită situaţie cu mai multă sau, dimpotrivă, mai puţină anxietate, modificări în modul în care pacientul îşi tolerează prietenii sau rudele.

Transferul şi rezistenţele F r e u d consideră transferul şi rezistenţele ca fiind puncte centrale ale psihanalizei, considerând că acestea sunt mijloacele prin intermediul cărora psihanaliza poate fi deosebită de o altă abordare

psihoterapeutică non-psihanalitică.
Transferul se referă la relaţia pacient-terapeut, relaţie care are un caracter iraţional, proiectiv şi ambivalent. fn psihanaliză această relaţie este utilizată terapeutic, explicând-se pacientului modul de acţiune al acestei relaţii cât şi rădăcinile sale în istoria vieţii acestuia. Atâta timp cât psihanalistul îşi menţine neutralitatea, majoritatea reacţiilor emoţionale ale pacientului nu sunt rezultatul situaţiei prezente, ci izvorăsc din propriile tendinţe şi
35
dorinţă ascunse. Analiza acestor reacţii datorate transferului conduce la descoperirea unor experienţe timpurii din copilăria pacientului, experienţe care au generat aceste tendinţe.
Transferul îl conduce pe pacient să-şi pună probleme asupra originii comportamentelor sale, care a rămas măcar parţial în afara conştiinţei sale.
O dată cu „insightul" (descoperire intuitivă şi bruscă) asupra acestor probleme, vălul iraţional care maschează adevăratele origini ale acţiunilor pacientului se dă la o parte şi astfel pot să apară schimbări în sfera personalităţii acestuia.
Thompson (1946) ilustrează acest fenomen prin intermediul următorului exemplu: Un pacient încearcă permanent să facă pe plac terapeutului, faţă de care manifestă doar apreciere şi admiraţie şi nu se supără nici atunci când acesta ii pune în faţă cu situaţii neplăcute pentru el. Când terapeutul îi atrage atenţia asupra acestui lucru, la început pacientul este surprins că cineva poate considera acest fenomen ca fiind neobişnuit.Treptat, pacientul începe să identifice acelaşi model comportamental şi în relaţia sa cu alte persoane, devenind treptat conştient de originile ascunse ale acestui gen de comportament - teama de dezaprobare care îl copleşeşte. începând să se întrebe de ce este atât de îngrijorat că va fi dezaprobat, îi revin în minte amintiri din copilărie care pun în evidenţă incidente care au declanşat această teamă.
fntr-o mare măsură, psihoterapia analitică constă dintr-o serie de astfel de descoperiri pe care le face pacientul. Consecutiv acestor iluminări (insight-uri) se produc modificări favorabile în sfera personalităţii subiectului.
36
Transferul nu este altceva decât o repetiţie a unor experienţe trecute ale pacientului, experienţe pe care le transferă asupra terapeutului.
Pacientul trăieşte această experienţă nu atât prin reamintirea unor evenimente trecute cât prin retrăirea unor stări afective care au prezentat importanţă pentru el în trecut. Astfel, el nu spune cât de critic a fost la adresa părinţilor săi, ci devine critic faţă de analistul său; el nu-şi reaminteşte jenele sale privind practicile sexuale, în schimb este ruşinat şi secretos a-tunci când este analizat, fn stadiile iniţiale ale psihanalizei, datorită relaţiei transferenţiale pot să dispară simptomele pacientului şi să apară iluzia că s-a instalat deja sănătatea psihică. Aceasta se întâmplă din cauza eliberării anxietăţii, eliberare ce se produce datorită încrederii pacientului în analist. Această etapă este denumită în general „cura de transfer" şi este tranzitorie deoarece procesele inconştiente nu au fost încă prelucrate. Repetarea modelelor nevrotice de comportament fh relaţie cu psihoterapeutul poartă numele de „nevroză de transfer". Relaţia se fixează la un nivel iraţional, emoţional şi regresiv. Analistul este privit de către pacient ca o zeitate omnipotentă, acesta dorind să fie iubit de către psihoterapeut, inclusiv în plan sexual. Sentimentele sale fiind frustrate, în conştiinţa pacientului decepţionat apare anxietatea şi furia. Dacă predomină anxietatea, pacientul va manifesta o atitudine supusă încercând să obţină favoruri de la terapeut. Dacă predomină furia, pacientul devine agresiv, revendicativ, asertiv şi plin de resentimente. Sarcina terapiei este să corecteze aceste atitudini pentru că pacientul nu poate fi realist
37
cu restul lumii până când nu e realist în cadrul relaţiei sale cu psihoterapeutul. în cadrul situaţiei transferenţiale pacientul are o minunată ocazie să se confrunte la

scară mai redusă cu aceleaşi dificultăţi pe care nu a fost capabil să le stăpânească în trecut, cum ar fi, de pildă, amestecul de invidie, cu admiraţie şi recunoştinţă faţă de tatăl său, fratele mai mare sau alţi rivali, sentimentele de anxietate consecutive trăirii invidiei şi ostilităţii, atitudinea dependentă pe care o are faţă de mama sa, în acelaşi timp cu toată frustrarea şi resentimentele ce apar atunci când cerinţele sale de a obţine o dragoste nu sunt îndeplinite, sau cu revolta faţă de hiperprotecţia maternă. Persoanele incapabile să se identifice emoţional cu o altă persoană, şi deci nu pot trăi experienţa transferului, sunt contraindicate pentru psihanaliză, fn această categorie sunt incluşi subiecţii cu tulburări de personalitate, cum ar fi, de pildă, unii psihopaţi sau psihotici schizofreni.
Pentru psihanalişti relaţia transferenţială este importantă pentru două motive principale: 1. Ea aruncă o lumină asupra modelelor de identificare din copilărie, cât şi asupra unor particularităţi ale relaţiilor pacientului cu cei din jur. Astfel, psihanalistul află elemente fundamentale în legătură cu personalitatea pacientului prin intermediul reeditării, în cadrul relaţiei psihoterapeutice, a relaţiilor din copilăria timpurie, şi ceea ce este poate şi mai important, este că aceste lucruri le află în cele din urmă şi pacientul însuşi.
2.Terapeutul se foloseşte de această puternică relaţie afectivă pentru a îricuraja pacientul să depăşească rezistenţele. Deoarece dorinţa dominantă a pacientului este să-i facă pe plac terapeutului şi deoarece el se simte protejat şi

susţinut de către terapeut, relaţia transferenţială contribuie la evidenţierea anumitor aspecte psihologice care în alt context ar fi prea greu de tolerat pentru pacient fiind prea anxiogene. în cele din urmă relaţia transferenţială trebuie dezvoltată astfel încât pacientul să ajungă s-o privească aşa cum este ea de fapt şi anume o reeditare a relaţiei sale cu o figură parentală din copilărie. Astfel, pacientul trebuie să renunţe la copilărie şi să fie capabil să stabilească relaţii de tip matur cu persoanele importante din anturajul său.
Un alt concept utilizat de psihanaliză este cel de rezistenţă, fn sens larg orice interfera cu desfăşurarea firească a cursului terapiei poate fi considerat ca fiind rezistenţă, ca de pildă, interpretările oferite de analist pacientului, interpretări ce sunt primite de el cu dezaprobare, încercările sale de a lupta împotriva respectivelor interpretări, de a-i demonstra analistului că nu are dreptate, căutând să se împotrivească în mod inconştient progresului analizei.
fn sens restrâns rezistenţele se manifestă prin încălcarea regulii fundamentale a analizei -neîmpărtăşirea tuturor gândurilor terapeutului. Există o mare varietate de forme pe care le pot îmbrăca rezistenţele, în afara dezacordului direct cu interpretările analistului: asociaţii multiple şi superficiale, pauze prelungite în fluxul asociaţiilor, întârzieri şi absenţe de la terapie, apariţia de noi simptome, posibilitatea de a adormi în timpul şedinţei de psihoterapie etc. Nu este de fel greu de înţeles de ce se manifestă rezistenţele. Pacientul a izbutit să ajungă la un anumit gen de adaptare, dea face faţă propriilor probleme de viaţă. El va lupta împotriva asociaţiilor libere pentru că simte că se intră într-un teritoriu nesigur unde este ameninţată

lumea pe care şi-a făurit-o pacientul. Mai mult, unele din dorinţele şi tendinţele inconştiente ale pacientului sunt de aşa natură încât odată ajunse în conştiinţă nu pot fi acceptate de el, cel puţin la început, pentru că sunt prea terifiante. Pacientul este speriat de propriile sale tendinţe şi dorinţe pe care nu le poate admite. Nu ignoranţa, necunoaşterea propriilor sale probleme, ci rezistenţele îl împiedică pe pacient să-şi înţeleagă dificultăţile. Sarcina terapiei este să analizeze rezistenţele pentru a demonstra pacientului în ce măsură acestea ii împiedică să afle cauza a ceea ce îl provoacă disconfortul prezent.
Ultimul tip de rezistenţă se manifestă atunci când pacientul renunţă la psihoterapie. Pentru a depăşi această situaţie este nevoie de un transfer puternic asupra

terapeutului.Spre sfârşitul terapiei relaţia transferenţială slăbeşte şi pacientul învaţă treptat să facă faţă singur situaţiilor, să se bazeze pe sine însuşi. Din timp în timp se reactivează vechile tendinţe care se vor manifesta în reapariţia sentimentelor de frustrare, trăire ce se soldează cu noi încercări ale pacientului de a sta pe propriile sale picioare. Egoul pacientului devine treptat tot mai puternic până în momentul când este capabil să renunţe la dependenţa sa faţă de terapeut.

Contratransferul

Psihanaliza reprezintă în mare măsură o experienţă emoţională pentru pacient, dar şi pentru psihanalist, la care se poate manifesta sub forma contratransferului în cursul căruia acesta răspunde emoţional la solicitările afective ale pacientului. Analiza didactică pe care trebuie s-o facă orice viitor psihanalist trebuie să împiedice apariţia contratransferului. Cu toate acestea analiza nu

este absolută şi mai există uneori zone neexplorate la nivelul personalităţii terapeutului. Controlul sentimentelor faţă de pacient, fără însă a deveni nereceptiv şi lipsit de înţelegere umană, este problema fiecărui terapeut. Acesta trebuie să aibă înţelegere faţă de pacient, să fie receptiv la problemele acestuia, dar în aceiaşi timp să-şi controleze propriile sentimente şi atitudini. Analiza Egoului

Analiza funcţiilor Ego-ului reprezintă, de asemenea, un proces important în cadrul psihanalizei.

După cum afirmă French (1947), există în psihanaliză şi o practică standard de a nu trece la interpretările Id-ului până când nu se realizează analiza forţei şi naturii specifice a atitudinilor conştiente şi comportamentului subiectului care pot influenţa punerea în acţiune a rezistenţelor la diverse interpretări. Aceasta este „analiza ego-ului".

Aceasta înseamnă că analistul tinde să înţeleagă nu numai care sunt rădăcinile trecute ale problemelor actuale, ci şi ce aspecte curente ale vieţii pacientului sunt active la un moment dat. Deci terapeutul lucrează întâi prezentul; el nu poate analiza de fapt trecutul, ci doar îl reconstruieşte.

Subliniind rolul întăririi funcţiilor integrative ale ego-ului, French (1945) arată că analistul nu trebuie să se axeze doar pe impulsurile reprimate şi pe mecanismele de apărare ale ego-ului ci şi asupra problemelor actuale pentru care ego-ul caută să găsească o soluţie. Interpretările

Pe măsură ce şedinţele se desfăşoară apar semnificaţii şi conexiuni legate de problemele de bază ale pacientului. Bineînţeles, analistul este primul care începe să dezvăluie conţinuturi

semnificative în aparenta dezordine a informaţiilor ce rezultă din materialul produs de pacient.

Decizia când anume trebuie să se facă o interpretare unui pacient este luată în funcţie de aprecierea terapeutului în ce măsură pacientul poate face faţă respectivei interpretări. Această apreciere depinde, la rândul său, de existenţa transferului şi de înţelegerea mecanismelor de apărare a ego-ului.

Interpretările făcute prea timpuriu de către un analist amator pot arunca un pre-psihotic în criză sau un anxios într-o stare de panică. Interpretarea nu este un sfat, o sugestie, o încercare de influenţare a pacientului sau o proiectare a opiniilor şi atitudinilor analistului, fn acelaşi timp, interpretările date de analist nu sunt irefutabile, validitatea lor depinde de verificarea lor de către pacient în şedinţele viitoare, prin mecanismul asociaţiilor libere şi cel al analizei viselor.

Interpretarea analitică constă deci în aceea că terapeutul ordonează materialul discontinuu produs de pacient în cursul asociaţiilor libere şi analizei viselor, conferindu-i o explicaţie cu sens prin prisma conceptelor psihanalitice. Aceste interpretări realizate de psihoterapeut ii ajută pe pacient să obţină insight-ul cu privire la conţinuturi inconştiente, surse ale unor comportamente dezadaptative. Arta interpretărilor are drept scop principal, după F r e u d, identificarea

rezistenţelor pe măsură ce ele apar şi determinarea pacientului să devină conştient de ele. Când rezistenţele sunt eliminate pacientul poate proceda, prin intermediul asociaţiilor libere, la abordarea materialului reprimat, aducând în conştiinţă conţinutul inconştient.
42
Prelucrările asupra materialului produs de pacient
Prelucrarea este un proces descris ca reprezentând continuarea demersului analitic sub forma unor interpretări specifice ulterioare în ciuda eşecului pacientului de a accepta sau asimila emoţional interpretările sau construc-tele iniţiale oferite de terapeut şi care se referă la anumite aspecte ale personalităţii pacientului. Acest procedeu este foarte costisitor sub aspectul timpului, el „mâncând" multe ore de psihanaliză. Pacientul tinde mereu să se întoarcă spre comportamentele sale infantile, iar terapeutul nu face altceva decât să aibă răbdare şi să aştepte reluând materialul propus mereu, din diferite unghiuri de vedere aşa cum sugerează F r e u d, sau, devenind mai activ, aşa cum este de părere F e r e n c z i (1926).
Putem spune, aşadar, că demersurile psihanalizei sunt (K a r a s u, 1980):
• clarificarea, care înseamnă a pune un anumit eveniment sub lumina reflectorului atenţiei, separând aspectele esenţiale de cele neesenţiale;
• interpretarea care caută ceea ce se ascunde în spatele materialului furnizat de pacient, subliniind cauzele şi sensul unui material sau proces;
• prelucrarea asupra materialului asociativ, care reprezintă o explorare progresivă, repetitivă a interpretărilor şi rezistenţelor care apar în cursul interpretărilor, până ce semnificaţiile psihologice ascunse sunt pe deplin integrate şi înţelese de pacient.
Terminarea curei analitice
Cu privire la această problemă nu există un răspuns standard. încă F r e u d era de părere
43
că din punct de vedere teoretic există şi analize care se prelungesc un timp nedefinit. Scopul psihanalizei nu constă doar din a-l ajuta pe pacient să rezolve o anumită problemă specifică, ci mai degrabă să-şi pună în acţiune resursele psihice pe baza cărora va putea face faţă oricărei probleme de natură emoţională.
Odată ce s-a obţinut „insight"-ul pacientul trebuie să devină capabil să facă fată unor probleme diferite de viaţă. Acesta este procesul psihoterapeutic de reeducare. Psihanaliştii consideră că acest proces este posibil după ce pacienţii şi-au examinat, conştientizat şi înţeles propriile probleme şi reacţii.
Atâta timp cât psihanaliza este considerată o terapie de reconstrucţie a personalităţii şi nu una centrată pe simptom, este necersar ca o cură să aibă ca efect schimbări în sfera personalităţii.
O b e n d o r f (cit. W a t s o n, 1963), pe baza unor chestionare, a demonstrat că rezultatele terapiei analitice sunt pertinente pentru că:
- pacientul dobândeşte capacitatea de a-şi accepta sexualitatea;
- obţine o mai bună adaptare socială;
- dobândeşte înţelegerea mecanismelor care stau la baza dificultăţilor sale actuale.
După L o r a n d (cit. W a t s o n, 1963) alte criterii ar mai fi:
- reducerea tendinţei de a deveni anxios, de a avea comportamente regresive, de a evita realitatea;
-dezvoltarea unor atitudini pozitive de toleranţă şi acceptare a celorlalţi. Dispariţia amneziei infantile este considerată de unii autori un indicator important al succesului curei psihanalitice. Dacă subiectul mai păs-
44
trează amnezie referitoare la perioada primilor cinci ani de viaţă, atunci analiza nu este considerată completă.Asupra acestui criteriu există astăzi discuţii.
Este importantă, de asemenea, dizolvarea relaţiei transferului care s-a dovedit operativ pe parcursul desfăşurării analizei. Atâta timp cât subiectul mai are relaţii de tip infantil cu un părinte sau cu o figură parentală reprezentată de psihanalist -

cel analizat rămâne în continuare infantil sub aspect emoţional, fn concluzie, putem spune că în psihanaliză procesul psihoterapeutic funcţionează, în principal, pe baza a trei aspecte:
- abreacţia sau descărcarea emoţională (catharsisul);
- insight-ul sau înţelegerea imediată a problemelor;
- apariţia conştientizării unor conţinuturi de natură inconştientă (a amintirilor refulate, amintiri ce aparţin mai ales copilăriei).

PSIHOTERAPIA DINAMICA POST-FREUDIANĂ

Modelul prototip pentru terapiile dinamice este psihanaliza clasică întemeiată de F r e u d. Celelalte terapii de orientare analitică aduc modificări atât sub aspect conceptual, teoretic, cât şi sub aspect metodologic (durata terapiei, cazuistica abordată). Aceste sisteme încearcă să depăşească parţial sau total accentul exagerat pus de F r e u d asupra aspectelor biologice ale personalităţii, subliniindu-se şi rolul unor aspecte sociale, etice şi culturale în determinismul psihismului uman (A d I e r; Horney; Sullivan; Fromm; Reicliman n; Meyer; Masserman şi alţii). J u n g lărgeşte temporalitatea personalităţii umane, accentuând ceea ce el denumea

trecutul său primordial, iar R a n k, AI e x a n-der, Deutsch şi Karpman extind sfera procedeelor de tratament precum şi scopurile psihoterapiei.

Se încearcă şi remanierea relaţiei pacient-terapeut indicându-se ca terapeutul să fie mai flexibil, mai direct şi/sau mai activ fn relaţia cu pacientul (A d I e r; S u 11 i v a n; R a n k; Afexander; Stekel; Ferenczi; R o s e n).

Deşi încă mulţi psihanalişti continuă să fie adepţii curei psihanalitice clasice de termen lung, care poate dura ani de zile, au apărut şi reprezentanţi ai unor psihoterapii analitice de scurtă durată.

M a n n (1973) descrie aşa-numită „psihoterapie limitată în timp". Această abordare, centrată în principal asupra reducerii simptomelor, utilizează metodele psihodinamice în cursul unui tratament care durează douăsprezece şedinţe. Poate că cel mai extins program de psihoterapie dinamică de scurtă durată, care cuprinde şi cea mai importantă componentă de evaluare aparţine lui Strupp şi colaboratorilor (Strupp, 1981, cit. Coleman; But-cher;Carson, 1984). Acest sistem, cunoscut sub denumirea de „psihoterapie dinamică limitată în timp",merge mai departe decât programul iui M a n n bazat doar pe reducere de simptome, având pretenţia de a produce modificări durabile în sfera personalităţii pacienţilor în cursul unei terapii care durează 25-30 de şedinţe. Au mai apărut şi alte diferenţe în psihoterapia dinamică contemporană. Astfel, terapeuţii analişti tind să acorde o atenţie mai mare funcţiilor ego-ului, considerându-l pe acesta ca pe un factor de dezvoltare şi de control al vieţii individuale (H a r t m a n, 1958). Astfel, omul

este considerat ca o fiinţă care este mai capabilă de a se autocontrola şi mai puţin dominată de experienţele refulate ce ţin de sexualitatea timpurie, ca în psihanaliza tradiţională.

Deşi evenimentele din copilărie .sunt în continuare considerate ca experienţe formative importante, psihanaliştii contemporani pun un accent ceva mai mare pe relaţiile interpersonale şi pe situaţiile actuale ale pacientului. Există diferenţe de opinii între psihanalişti şi în ceea ce priveşte cazuistica abordată. Dacă psihanaliştii ortodocşi lucrează doar cu cazuri considerate în mod clasic ca fiind potrivite pentru psihanaliză (fobii, acte compulsiv-obsesive, stări anxioase, isterii), alţi psihanalişti au curajul să abordeze şi cazuri mai dificile cum ar fi, de pildă, personalităţile schizoide, paranoide sau pacienţii cu depresii moderate. In ciuda acestor modificări psihanaliza este criticată şi astăzi de mulţi autori mai ales pentru durata ei prea lungă (fapt ce o face să fie şi foarte costisitoare pentru pacient), pentru faptul că se bazează pe o teorie discutabilă asupra naturii umane, pentru neglijarea problemelor curente ale pacienţilor şi accentuarea conflictelor inconştiente timpurii.

Deoarece îşi propune o restructurare profundă a personalităţii, ea are un câmp de

aplicare mai restrâns, fiind potrivită pentru persoane cu inteligenţă medie sau peste medie, cu o situaţie financiară bună şi care nu suferă de boli psihice majore.
Cu toate acestea, există multe mărturii din partea unor persoane care au beneficiat de pe urma psihanalizei care i-a ajutat să se auto-cunoască şi să se înţeleagă mai bine, să se elibereze de anxietate şi conflicte interioare şi să-şi îmbunătăţească relaţiile interpersonale.

PSIHOPATII EXPERIENŢIALE

ABORDAREA PSIHOTERAPEUTICĂ EXPERIENŢIALA

Psihoterapeuţii aparţinând acestei orientări critică atitudinile deterministe şi defetiste ale psihoterapeuţilor conservatori începând cu F r e u d, în legătură cu personalitatea umană. Aceste atitudini consideră omul ca fiind implacabil determinat şi supus instinctelor şi conflictelor inconştiente reprimate care îi ghidează întreaga existenţă şi devenire. Ei afirmă că abordarea comportamentalistă ca şi cea dinamică fac din om un automat care este depersonalizat, compartimentat condus, programat şi analizat.
Demersul experienţial reprezintă o valorificarea disponibilităţilor fiinţei umane, o realizare a universalităţii sale şi are drept obiectiv principal contracararea alienării. Psihoterapia este dedicată depăşirii experienţei umane obişnuite. Astfel, F r a n k I (1966) arată că omul este străbătut de dorinţa de a găsi şi de a îndeplini un sens în cursul existenţei sale. Obiectele terapiei sunt atât interpersonale cât şi intrapersonale.
După Arendsen - Hein (1974) nivelul intrapersonal se referă la descoperirea ego-ului propriu, a propriei sale individualităţi, a stărilor sale emoţionale şi a modului în care se reflectă acestea în corpul fizic. Obiectivul transpersonal

al terapiei se referă ta orientarea spirituală, la orientarea omului în raport cu realitatea ultimă, la unitatea omului cu universul, cu planul cosmic, unitate prin intermediul căreia omul reuşeşte să depăşească limitele propriului său eu, contopind u-se într-o conştiinţă universală. Psihoterapia experienţialistă consideră omul ca pe o entitate activă, auto-afirmativă, cu un potenţial latent care trebuie valorificat. Se optează astfel mai curând pentru autoperfecţionare decât pentru vindecarea unor simptome sau boli. Scopul psihoterapiei îl reprezintă conştientizarea maximală a propriului eu sau atingerea unui nivel superior de conştiinţă prin care omul să devină conştient de semnificaţia lumii sale interne şi externe şi în acelaşi timp să fie capabil s-o construiască. Experienţialiştii pun accent pe autodeterminare, creativitate şi autenticitatea fiinţei umane, pe integrarea corpului cu mintea şi spiritului omului.
Orientarea experienţială are la bază filozofia existenţialistă europeană preocupată de trăirea şi devenirea fiinţei umane. La aceasta se adaugă contribuţia filozofiilor şi tehnicilor orientale de autodesăvârşire.
Tulburările psihopatologice sunt privite ca expresii ale scăderii potenţialului uman, ca un blocaj sau ca o pierdere a legăturii cu propria sa experienţă internă. Personalitatea nevrotică este o personalitate fragmentată şi reprimată, reprimarea fiind privită nu ca în psihoterapia dinamică ca având o natură eminamente instinctuală, ci ca un fenomen ontologic: pierderea sensului existenţei şi blocarea posibilităţilor de manifestare ale eului. Astfel, nevroza devine o expresie a disperării existenţiale rezultate din înstrăinarea eului de sine însuşi şi de lumea sa, iar anxietatea

reprezintă teama omului de a se confrunta cu propriile sale limite şi cu consecinţele acestora - moartea şi sentimentul nimicniciei. Originile sentimentului de culpabilitate sunt în ignorarea propriilor posibilităţi pentru valorificarea cărora omul este unicul responsabil. Idealul psihoterapiei este crearea omului" spontan, activ, creativ, autentic. Şcoala psihoterapeutică experienţială pune accent pe trăirea emoţiilor şi experienţei prezente. Trăirea experienţei este mai degrabă un proces

afectiv decât cognitiv, personal şi inobservabil de către o altă persoană. Acest proces subiectiv conduce ulterior la conceptualizare el fiind iniţial implicit şi căpătând semnificaţii profunde pentru subiect o dată cu atingerea obiectivelor psihoterapiei. Schimbările terapeutice rezultă în urma procesului trăirii experienţei prin care semnificaţiile implicite ale evenimentelor ajung în conştiinţă, sunt puternic şi direct simţite şi sunt modificate chiar fără a fi în mod expres verbalizate.
La aceste schimbări terapeutice contribuie în mod substanţial şi relaţia dintre pacient şi psiho-terapeut.
Una dintre ideile de bază ale acestei orientări este teza lui R o g e r s conform căreia orice organism are tendinţa înnăscută de a-şi dezvolta capacităţile la nivel optim atunci când este plasat în condiţii optime. Dacă înţelegem acest adevăr, pacientul capătă o imagine optimistă despre propria sa persoană care este privită ca fiind valoroasă şi cu multe disponibilităţi ce trebuie realizate. Terapeutul nu trebuie să încerce să-l modifice pe pacient, ci doar să-i ofere un mediu plin de căldură şi înţelegere în care acesta să-şi poată actualiza posibilităţile. Deci, conform acestei orientări, terapeutul nu este altceva decât un fel de catalizator care-l

ajută pe pacient să-şi valorifice disponibilităţile latente şi să-i restructureze propria sa personalitate.
Relaţia terapeutică este în acest tip de terapie o relaţie umană mutuală, încărcată afectiv în cadrul căreia fiecare dintre cei doi parteneri încearcă în mod sincer şi deschis să comunice unul cu altul atât prin mijloace verbale cât şi non-verbale. Terapeutul nu intră în această relaţie ca un specialist, ci ca o fiinţă omenească, ca o persoană care iniţiază o relaţie cu o altă persoană.
Terapeuţii experienţialişti nu sunt partizanii unei relaţii de tip părinte - copil ca în psihoterapia dinamică, nici profesor - elev ca în psihoterapia comportamentalistă, ei optând pentru o relaţie mai echilibrată cum ar fi cea dintre prieteni sau soţi.
Trebuie subliniat faptul că în cadrul orientării experienţialiste există o serie de şcoli psihoterapeutice diferite. Aceste şcoli, în marea lor majoritate, de orientare existenţialistă nu pun accent pe o anumită tehnică în abordarea şi înţelegerea fiinţei umane, ei considerând chiar că în cultura occidentală s-a făcut abuz de tehnici şi metode la care a fost supus omul. Pentru aceşti terapeuţi contează în mai mică măsură ceea ce face terapeutul, ci mai mult contextul psihoterapiei şi ceea ce este terapeutul. Acesta din urmă nu analizează trecutul pacientului sau mecanismele transferului şi contratransferului ca în terapiile dinamice, nu stabileşte pentru pacient scopuri şi obiective impunându-şi personalitatea asupra acestuia ca în terapiile comportamentale, ci oferă pacientului posibilitatea de a-şi controla din interior propriul proces de vindecare.
Dacă unele şcoli pun accent pe comunicarea verbală dintre terapeut şi pacient, altele în

schimb subliniază mai mult abordările non-ver-bale, considerând că mai importantă este activitatea decât reflecţia, a face decât a spune, scopul final fiind combinarea acţiunii cu introspecţia.
Scopul trăirii experienţei personale include conştientizarea senzaţiilor corporale, a poziţiilor, a tensiunilor musculare, a mişcărilor, a proceselor fiziologice din organism. Conştientizarea corporală are un efect energizant şi activator asupra subiectului. Printre tehnicile care facilitează exprimarea eului pacientului sunt incluse tehnicile dramatice, de jucare de rol sau imaginaţie dirijată. Fantezia, reveria sunt considerate preferabile exprimărilor verbale seci, interpretărilor şi abordării strict cognitive. Pentru conştientizarea senzaţiilor corporale se utilizează tehnici de relaxare musculară, tehnici psihosomatice orientale şi chiar manevre executate asupra corpului (masaj, presopunctură). Pentru atingerea obiectivului celui mai înalt al acestei terapii - unirea trupului cu mintea şi cu spiritul - unele şcoli utilizează tehnici meditative, inspirate din culturile orientale. Starea de relaxare

profundă serveşte, conform acestor orientări, transcenderii ego-ului individual şi contopirea cu ceea ce ei numesc conştiinţă universală. După cum se poate lesne observa acest obiectiv este specific unui mare număr de sisteme religioase.
fn scop terapeutic şi autoformativ se utilizează şi tehnici de educare a voinţei, de concentrare a atenţiei şi de relaxare prin pronunţarea mentală a unor sunete - mantre - aşa cum se întâmplă în cadrul meditaţiei transcedentale. Orientarea experienţialistă cuprinde, după cum am mai arătat, mai multe direcţii, dintre care cele mai importante sunt (Karasu, 1980):
52
• Direcţia filozofică, care pune la baza demersului psihoterapeutic filozofia existenţialistă, tehnica utilizată fiind cea a dialogului mutual pe bază de tehnică verbală (cum se întâmplă în terapia centrată asupra clientului a lui R o-g e r s sau în logoterapia lui F r a n k I).
• Direcţia psihosomatică, care pune un accent mai mare pe tehnici non-verbale, considerând că autoactualizarea eului se poate realiza mai bine prin concentrarea atenţiei asupra corpului propriu, a senzaţiilor acestuia şi a răspunsurilor senzoriale (G e s t a 11 - terapia lui P e a r I s) sau printr-o abreacţie puternică a unor stări emoţionale - analiza bioenergetică a lui Lo-w e n sau metoda strigătului primai a lui J a n o v.
• Abordarea spirituală, asemănătoare cu cea religioasă, care pune accentul pe experienţa transcendentă sau transpersonală, ce implică depăşirea nivelului conştiinţei individuale şi ridicarea omului la nivele superioare de conştiinţă, urmărind scopul ultim de contopire al acestuia cu conştiinţa universală sau cosmică. Acest obiectiv se atinge prin renunţarea la regulile de conduită dictate de ego-ul individual, prin relaxare, concentrare, autodisciplină, antrenament al voinţei şi meditaţie (Meditaţia Transcendentală sau Psihosinteza lui A s s a g i o I i).
PSIHOTERAPIA CENTRATA PE CLIENT (R o g e r s)
Psihoterapia centrată pe client (sau pe persoană) s-a dezvoltat începând cu anii 1940 ca o puternică reacţie faţă de psihanaliză. R o-g e r s a negat opiniile lui F r e u d cu privire la primatul instinctelor iraţionale asupra comportamentului uman, cât şi rolul dominant al psiho-terapeutului în calitate de interpret şi conducător al procesului psihoterapeutic. In 1942
53
Cari Rogers a publicat lucrarea denumită „Psihoterapia non-directivă" în cadrul căreia termenul de pacient este înlocuit cu cel de client. Ulterior sistemul său psihoterapeutic va primi şi denumirea de „psihoterapie centrată pe client", încrezător în forţele naturale de autovindecare ale organismului, el a văzut în psihoterapie un proces de îndepărtare a constrângerilor care împiedică acest proces să se manifeste. Aceste constrângeri au sursa în solicitările nerealiste pe care şi le autoimpun oamenii când îşi imaginează că nu trebuie să trăiască un anumit gen de sentimente cum ar fi, de pildă, cel de ostilitate. Negând faptul că ei au astfel de sentimente, aceştia nu mai sunt conştienţi de natura reacţiilor lor şi în felul acesta pierd contactul cu experienţa lor autentică, rezultatul fiind un nivel de integrare psihică mai scăzut, relaţii interpersonale falsificate şi diferite forme de dezadaptare. Obiectivul principal al psihoterapiei rogersiene este rezolvarea acestei incongruenţe, respectiv ajutarea pacientului să se accepte pe sine.
Terapeutul stabileşte un astfel de climat psihologic în cadrul căruia clientul se simte acceptat în mod necondiţionat, înţeles şi valorizat ca persoană, fn acest climat el se simte liber pentru prima dată să-şi exploreze gândurile şi sentimentele reale, acceptându-şi ura, furia sau alte sentimente „urâte" ca părţi ale propriei persoane. Pe măsură ce conceptul de sine devine tot mai corespunzător cu actuala experienţă, oamenii devin tot mai toleranţi cu ei înşişi, tot mai deschişi la noi experienţe şi perspective, tot mai bine integraţi.
fn terapia centrată pe client, terapie denumită şi non-directivă, dirijarea procesului terapeutic nu este sarcina psihoterapeutului. Acesta nu dă

54
răspunsuri sau interpretări, nu sesizează prezenţa conflictelor inconştiente şi nici măcar nu intervine activ în discursul pacientului. Terapeutul nu face decât să asculte cu atenţie şi cu o atitudine de acceptare ceea ce spune clientul, întrerupând doar pentru a formula cu alte cuvinte ceea ce a vrut să spună acesta. Aceste reformulări, fără a conţine în ele interpretări sau evaluări, fi ajută pe client să-şi clarifice sentimentele şi ideile pe care le explorează, să le privească mai atent şi să le conştientizeze.
Psihoterapia non-directivă se deosebeşte de alte abordări prin patru trăsături esenţiale, descrise încă de Rogers:
1. Se acordă o mai mare autonomie şi independenţă individului, considerându-se că acesta are o capacitate spontană de evoluţie.
2. Noua abordare pune un accent mai mare îh cadrul psihoterapiei pe factorii de natură emoţională decât pe cei intelectuali.
3. Se acordă mai multă atenţie evenimentelor actuale şi nu celor din istoria individului (aşa cum se întâmplă în cazul psihanalizei).
4. Relaţia psihoterapeutică este privită ca o experienţă evolutivă.
fncă din 1942, Rogers formula ipoteza de bază de la care porneşte psihoterapia non-directivă: „O consiliere eficientă trebuie să aibă la bază o relaţie bine structurată dar permisivă, care trebuie să-l ajute pe client să se înţeleagă pe sine însuşi în asemenea măsură încât să fie capabil să facă paşi pe linia unei noi orientări" (cit. Watson, p. 636). Rolul psihoterapeutului în cadrul psihoterapiei non-directive Psihoterapeutul are, în cadrul acestei orientări, o atitudine pasiv-stereotipă de acceptare totală a ceea ce se spune, reformulează cele afirmate
55
de pacient, recunoaşte sentimentele pacientului şi ii ajută să şi le clarifice. S-ar putea crede că această atitudine de acceptare pasivă ascunde un dezinteres faţă de problemele pacientului (frecvent terapeutul nu spune decât da-da, sau repetă cu alte cuvinte ceea ce a spus pacientul), fn realitate, abordarea non-directivă este încărcată de căldură afectivă şi înţelegere umană, fn cazul în care transferul se produce în timpul psihoterapiei non-directive, acesta este rezolvat într-o manieră lipsită de ameninţare acţionând asupra înlăturării rezistenţelor şi eliberând procesele de evoluţie spontană din interiorul psihismului subiectului şi aceasta se realizează datorită permisivităţii şi neutralităţii psihoterapeutului. Condiţiile relaţiei psihoterapeutice non-directive după R o g e r s sunt următoarele:
• Terapeutul trebuie să se conducă după principiul că individul aflat în terapie este responsabil pentru el însuşi şi este de dorit pentru individ să-şi asume această responsabilitate.
• Terapeutul trebuie să fie de acord cu faptul că clientul său are în interiorul său o puternică dorinţă de a deveni matur, adaptat social, independent, productiv, de a se baza pe propriile sale forţe pentru modificarea terapeutică.
• Terapeutul trebuie să creeze o atmosferă caldă şi permisivă, atmosferă în care individul este liber să-şi exprime orice atitudine, trăire sau gând, indiferent cât de neconvenţionale, absurde sau contradictorii ar fi acestea.
• Terapeutul nu pune clientului limitări în ceea ce privesc atitudinile, ci doar în ceea ce priveşte comportamentul (acest lucru este valabil mai ales pentru copii; copilului nu i se dă voie să spargă geamul cabinetului, dar poate să exprime sentimentul că ar dori să o facă).
56
• Terapeutul utilizează numai astfel de tehnici şi procedee care să conducă pe pacient la o înţelegere profundă a propriilor sale atitudini şi stări emoţionale şi la autoacceptarea acestora. Această înţelegere se realizează cel mai bine prin reflecţii încărcate de sensibilitate şi prin clarificarea atitudinilor clientului. Acceptarea realizată de terapeut nu trebuie să implice nici aprobare, nici dezaprobare.
• Terapeutul trebuie să se abţină de la orice exprimare sau acţiune contrară

principiilor anterior formulate.
Aceasta înseamnă că el trebuie de fapt să se abţină de a întreba, dovedi, interpreta, sfătui, sugera, convinge, asigura. Printr-o astfel de acţiune terapeutul acordă încredere pacientului considerând că acesta îşi poate rezolva singur problemele şi poate lua singur decizii. Terapeutul (consilier) se concentrează mai ales asupra a ceea ce simte pacientul, sentimente care pot fi descifrate din afirmaţiile acestuia, astfel încât să poată selecta şi clarifica aceste sentimente. Trebuie să recunoaştem că o astfel de atitudine, departe de a fi pasivă, cum pare la prima vedere, reclamă multă disciplină şi auto-vigilenţă din partea terapeutului. Trăsăturile caracteristice ale psihoterapiei non-directive
R o g e r s (1946) se referă la trei caracteristici care diferenţiază cel mai bine abordarea non-directivă. Aceste trăsături specifice psihoterapeutice sunt: natura previzibilă a procesului terapeutic non-directiv; descoperirea forţelor constructive ascunse în interiorul pacientului şi relaţia terapeutică centrată pe client.
După R o g e r s, descoperirea ca atare a forţelor creatoare din om nu este originală prin ea însăşi. Şi alţi terapeuţi s-au referit la aceste
57
forţe evolutive, dar ei nu au crezut că acestea pot fi puse în mişcare singure, ei căutând să le direcţioneze şi intervenind practic în desfăşurarea procesului respectiv. R o g e r s consideră că tocmai această acceptare şi lipsă de direcţionare a pacientului, care înseamnă acordarea unei încrederi totale, este cea care stimulează punerea în acţiune a acestor forţe creatoare.
fn ceea ce priveşte caracterul centrat pe client al relaţiei psihoterapeutice, trebuie subliniat faptul că pacientul este înţeles în cursul relaţiei terapeutice în acelaşi mod în care el se înţelege pe el însuşi. Cu alte cuvinte, pacientul trebuie acceptat total şi din toată inima. Imaginea de sine în psihoterapia non-directivS
Raimy (1948) a realizat un studiu asupra modificărilor de personalitate realizate de pacient în urma psihoterapiei non-directive. fn urma acestui studiu a rezultat concluzia că ameliorarea pacientului depinde în primul rând de imaginea sa de sine, cât şi de modul în care acesta percepe obiectele şi persoanele din jurul său. El a găsit că la subiecţii care au obţinut succes în urma practicării acestui tip de psihoterapie au crescut aprecierile pozitive la sfârşitul psihoterapiei comparativ cu începutul ei, în timp ce numărul autoaprecierilor negative sau ambivalenţe a scăzut, ceea ce nu s-a petrecut la cazurile nereuşite. Există unele controverse în ceea ce priveşte aplicabilitatea psihoterapiei non-directive. Unii entuziaşti au considerat-o ca pe un panaceu universal, pentru orice fel de dificultate psihologică. Această poziţie se bazează mai ales pe faptul că Rogers a negat importanţa şi necesitatea psihodiagnozei înainte de începerea tratamentului psihoterapeutic.
58
Alţi terapeuţi sunt de părere că această tehnică psihoterapeutică se potriveşte doar în cazul unor pacienţi nevrotici sau o aplică în cadrul unor şedinţe de psihoterapie, combinând-o cu alte metode în cadrul unui demers eclectic. Studiile clinice au demonstrat faptul că psihoterapia non-directivă este mai eficientă în cazul unor subiecţi relativ normali (cu probleme de viaţă, acuze nevrotiforme), deşi Rogers afirmă că ar exista posibilitatea utilizării ei şi la psihotici spitalizaţi (aflaţi sub control). S n y d e r (1948) a ajuns la concluzia că psihoterapia non-directivă este utilă în cazul tinerilor deoarece la aceştia problemele îşi au originea mai mult în interior decât în surse de natură externă. De asemenea, acest gen de psihoterapie are succes în cazul tulburărilor de adaptare maritală, al consilierii vocaţionale, al relaţiilor dintre părinţi şi copii, cât şi în cazul persoanelor cu tulburări nevrotice uşoare şi moderate (în mod special în cazul stărilor anxioase şi a unor sindroame isterice). Psihoterapia non-directivă se utilizează ceva mai puţin în cazul psihoticilor, a pacienţilor cu inteligenţă scăzută, a celor trecuţi de cincizeci de ani, a celor care au dificultăţi de verbalizare (inclusiv în cazul celor tulburaţi emoţional şi care se blochează atunci când li se cere să se exprime), cât şi în cazul persoanelor excesiv

de dependente.
Thorne (1944, 1948), un critic sever al psihoterapiei non-directive, este de părere că de la un caz la altul sau pentru acelaşi pacient, de la o şedinţă la alta gradul de direcţionare al pacientului sau dimpotrivă gradul de non-direc-tivism trebuie să fie diferit. Aceasta reprezintă poziţia multor psihoterape-uţi care utilizează abordarea non-directivă numai din când în când, atunci când situaţia o
59
cere, considerând că doar puţine cazuri sunt potrivite pentru demersul non-directiv pur. In lucrările sale ulterioare (R o g e r s, 1967) începe să-şi deplaseze atenţia de la psihoterapia individuală la psihoterapia de grup, elaborând propria sa versiune de „grup de întâlnire" (ecounter group). Acest grup permite realizarea unei trăiri foarte intense şi plenare în cadrul căreia persoane alienate faţă de ele însele, faţă de ceilalţi şi faţă de societate pot intra în contacte emoţionale mai autentice prin inter-mediul întâlnirii cu propriul eu, cu ceilalţi şi cu lumea semnificaţiilor şi trăirilor.
Rogers abordează trei mari teme în cadrul grupurilor sale de întâlnire:
- fn primul rând el presupune că experienţa în cadrul grupului poate produce modificări permanente la nivelul personalităţii individului şi astfel scopurile dezvoltării personale şi cele ale grupului nu mai apar ca fiind separate.
- Sunt stimulate confruntările autentice la nivelul grupului, chiar dacă la un moment dat o astfel de confruntare poate părea negativă şi în mod potenţial nocivă pentru unul din membrii grupului. O exprimare sinceră şi deschisă a unor sentimente negative se dovedeşte în cele din urmă de folos pentru termen lung. Dacă însă apare o afirmaţie cu notă de sadism, un membru al grupului său, leaderul, îşi exprimă deschis impresia cu privire la respectiva afirmaţie, aducând la lumină motivele ascunse care stau la baza ei.
- fn al treilea rând, Rogers nu este interesat de dinamica de grup în sine cum se întâmplă în cazul majorităţii terapiilor de grup, interesul său de bază rămânând centrat asupra conştientizării, exprimării şi acceptării propriilor sentimente de către fiecare membru al grupului.
60
Grupul de întâlnire are nevoie pentru a-şi îndeplini rolul psihoterapeutic să fie coeziv, membrii grupului acordându-şi încrederea unii altora, iar terapeutul ca leader al grupului facilitează procesele ce se petrec în grup la nivel minimal, ca îh cazul psihoterapiei non-directive sau centrate pe client.
Prezentăm, pentru exemplificare, un fragment dintr-un dialog terapeutic (R o g e r s, 1951, cit. Coleman; Butcher, Carassu 1984, p. 658-659):
Alice: Mă gândeam la felul cum mă port la serviciu. Mi-am făcut un obicei să încerc să fac oamenii să se simtă bine în jurul meu, să aplanez conflictele.
Consilierul: Cu alte cuvinte, faci eforturi ca lucrurile din jurul tău să se desfăşoare cât mai lin şi oamenii să se simtă cât mai îh largul lor.
Alice: Da. Cred că asta este. Motivul pentru care o fac nu este că aş fi „bunul samaritean" care încearcă să-i facă pe ceilalţi fericiţi, ci pentru că mi-e mai uşor să joc rolul ăsta. L-am jucat mult timp şi acasă. Nu mi-am susţinut niciodată cu tărie convingerile, îh cazul în care am avut cu adevărat vreo convingere, pe care s-o apăr.
Consilierul: Simţi că de mult timp joci rolul persoanei drăguţe care netezeşte asperităţile şi aplanează conflictele? Alice: Da. Consilierul: Mai degrabă decât să ai propriile
tale opinii sau reacţii. Nu-i aşa? Alice: Asta este. Nu am fost niciodată cu adevărat eu însămi sau nu am ştiut care este eul meu real. Ar trebui să joc propriul meu rol, pe care nu-l poate juca nimeni altcineva şi care ar trebui j ucat. Voi încerca
61
să dau viaţă acestui rol. (Rogers, 1951,
p. 152-153).
Rogers nu a fost numai un talentat psihoterapeut şi un creator de sistem propriu, ci şi un pasionat cercetător în domeniul psiho-terapiei.

Din analiza protocoalelor înregistrate în timpul psihoterapiei el a reuşit să tragă concluzii cu privire la atitudinea şi comportamentul pacientului în diferite stadii ale psihoterapiei. Astfel, primele şedinţe psihoterapeutice sunt dominate de sentimente negative şi de descurajarea pacientului. După un timp apar sentimente de speranţă şi o mai bună auto-acceptare din partea pacientului. Eventual pot să apară sentimente pozitive, căutarea companiei altora şi făurirea unor planuri de viitor. Aceste elemente l-au încurajat pe Rogers să creadă în ipoteza că dacă oamenii devin liberi s-o facă, ei au în interiorul lor capacitatea de a merge pe drumul sănătăţii psihice.
Psihoterapia centrată pe client, în formă pură, este rar utilizată în zilele noastre, dar această orientare a pus bazele unei multitudini de terapii orientate umanist, terapii care pun accentul pe problemele actuale aflate în conştiinţa clientului şi în cadrul cărora acesta este considerat personajul principal al procesului curativ, terapeutul acţionând doar ca un catalizator. Noile orientări umaniste acceptă conceptul lui Rogers de „eu activ", capabil de opţiuni valorice sănătoase. Se accentuează, de asemenea, asupra empatiei, căldurii autentice şi atitudinii pozitive necondiţionate din partea terapeutului.
Aceste sisteme psihoterapeutice diferă de forma originală a psihoterapiei centrate pe client prin aceea că a găsit diverse tehnici prin care terapeutul, în afara simplelor reflecţii şi
62
clarificări, ii poate ajuta pe pacient să-şi descopere eul integral. Psihoterapia existenţialistă Variantă a psihoterapiilor experienţiale, perspectiva existenţialistă accentuează importanţa situaţiei de viaţă aşa cum este ea trăită de individ.
Existenţialiştii sunt profund preocupaţi de destinele omenirii, de slăbirea credinţelor tradiţionale, de alienarea şi depersonalizarea omului în societatea contemporană, de lipsa de sens a vieţii individului, fn acelaşi timp ei consideră că oamenii dispun de un mare grad de libertate interioară datorită căruia sunt capabili să facă ceva cu privire la viitorul lor şi au responsabilitatea de a-şi făuri destinul cât mai bine posibil.
Capacitatea omului de a fi conştient, de a reflecta asupra existenţei, de a-şi pune diverse probleme îl pune pe acesta faţă în faţă cu responsabilitatea existenţei sale, a deciziei ce fel de om doreşte să fie, cu responsabilitatea stabilirii propriului său sistem de valori şi a actualizării potenţialităţilor sale latente. Aplicarea filozofiei existenţialiste la înţelegerea problematicii umane în scopul de a-i ajuta pe oameni să se înţeleagă mai bine pe sine şi viaţa lor, a fost realizată de-a lungul anilor de către mai mulţi teoreticieni în domeniul psihologiei incluzând pe Binswanger (1942) şi pe May, Angel şi Ellenberger (1958). Psihanalistul Binswanger a aplicat ideile existenţialiste în cadrul terapiei psihanalitice, fapt ce a dus la metoda denumită „Analiza sinelui" (Daseinanalyse) sau „Analiza existenţială".
M a y şi colaboratorii au pus bazele la ceea ce a devenit deja clasica analiză existenţială.
63
Psihoterapeuţii existenţialişti nu se limitează la investigarea stărilor conştiente şi inconştiente, ci îl ajută pe individ să-şi reconstruiască lumea interioară prin concentrarea asupra lumii externe, înconjurătoare. Majoritatea terapeuţilor existenţialişti nu urmăresc cu stricteţe regulile analizei sinelui, ci accentuează unicitatea fiecărui individ şi a felului său propriu de a fi în lume.
Se accentuează asupra ideii ca omul să fie conştient de propria sa existenţă. Pacientul este provocat prin intermediul unor întrebări privind sensul existenţe sau scopurile personale. Relaţia sau „întâlnirea" terapeutică dintre terapeut şi pacient este o relaţie interumană în cadrul căreia cei doi parteneri se străduiesc să fie cât mai deschişi şi mai autentici. Spre deosebire de terapeuţii aparţinând altor orientări, terapeuţii existenţialişti împărtăşesc pacienţilor lor propriile sentimente, valori, experienţe de viaţă.
în afară de sarcina de a se comporta ei înşişi în mod autentic, terapeuţii de orientare

existenţialistă trebuie să-i determine pe pacienţi să răspundă în mod autentic la realitatea prezentă (Havens, 1974; May, 1969). De pildă, dacă clientul spune terapeutului: „te urăsc aşa cum mi-am urât tatăl", terapeutul îi va răspunde astfel: „eu nu sunt tatăl tău, ci eu însumi şi tu trebuie să te raportezi la mine ca la doctorul H nu ca la tatăl tău!". Accentul (după Coleman; Butcher, C a r s o n, 1984) în cadrul acestui sistem psihoterapeutic cade pe experienţele „aici şi acum" pe care individul decide că trebuie să le facă şi să le trăiască la un moment dat. Acest sentiment al experienţei imediate reprezintă piatra unghiulară a psihoterapiei existenţialiste,
64
individul fiind ajutat să stabilească faze în cadrul cărora să clarifice şi să aleagă între diverse moduri de a fi.
Ca şi psihanaliza, psihoterapia existenţialistă se adresează unui număr redus de pacienţi, inteligenţi cu abilităţi verbale şi care se află într-o criză existenţială. In cadrul acestei categorii, acest gen de terapie înregistrează succese mai ales cu subiecţii care suferă de tulburări anxioase sau de tulburări ale personalităţii, ea fiind neadecvată în cazul psihozelor. Următorul caz va ilustra categoria de pacienţi pentru care se potriveşte psihoterapia existenţialistă (Coleman; Butcher; Carson, 1984, p. 659). Un om de afaceri în vârstă de 42 de ani se prezintă la psihoterapie pentru că pentru el existenţa şi-a pierdut înţelesul şi savoarea. El consideră că problemele de familie nu mai au importanţă în viaţa lui (soţia este foarte preocupată de propria ei carieră, iar unicul fiu s-a căsătorit şi s-a mutat în Alaska). Activitatea profesională, în care a avut un mare succes (atât financiar cât şi în ceea ce priveşte prestigiul), şi-a pierdut şi ea sensul pentru pacient. Zilele i se par lungi şi fără rost. Se simte plictisit, dar în acelaşi timp panicat. îşi face datoria ca un automat la locul de muncă, dar se simte ca şi cum n-ar trăi de fel. Din când în când se simte speriat şi depăşit de sentimentul de „cenuşiu" şi de gustul „amar" pe care îl are viaţa lui actuală. Psihoterapia existenţialistă a lui R o 11 o May
Unul dintre cei mai cunoscuţi reprezentanţi ai acestei orientări terapeutice din Statele Unite este Rol Io May.
May este critic cu privire la modul tradiţional ştiinţific de a înţelege fiinţa umană pentru că, la fel ca şi Sartre (1956), el este de părere că
65
analiza distruge natura umană. Explicaţiile bazate pe mecanismele prezente, experienţa anterioară, secvenţele evolutive sau forţele mediului ne împiedică să înţelegem omul ca fiinţă umană şi opţiunile pe care le face. Din acest motiv trebuie găsită o nouă metodă ştiinţifică pentru a permite o mai adecvată înţelegere a omului. May (1958, p. 37, cf. L a z a r u s, p. 308) descrie psihoterapia existenţialistă astfel:
Contribuţia fundamentală a psihoterapiei existenţialiste este înţelegerea omului ca existenţă. Aceasta nu înseamnă negarea validităţii abordării dinamice şi studiul diverselor modele comportamentale, dar se consideră că aceste forţe dinamice, oricum le-am numi, pot fi înţelese numai în contextul structurii existenţei persoanei cu care avem de-a face. Problema principală de care suferă oamenii în ziua de azi este închiderea sau îngustarea accesului mentalului la experienţă ca rezultat al anxietăţii, aceasta având drept consecinţă reducerea posibilităţilor de a se autoactualiza pe ei înşişi ca fiinţe individuale. Anxietatea nevrotică nu este altceva decât blocarea sau îngustarea conştientizării, iar când această stare se prelungeşte ea generează sentimente de apatie şi depersonalizare. Anxietatea poate fi înţeleasă şi ca pierderea sentimentului eului în raport cu realitatea obiectivă. Ea se instalează pentru că lumea valorilor cu care persoana se identifică este ameninţată. De aceea, boala (anxietatea, tulburarea nevrotică) este o modalitate (dezadaptativă) prin care oamenii încearcă să-şi conserve eul ameninţat. May consideră că societatea modernă a creat mai ales la tineri o vulnerabilitate deosebită faţă de anxietate.
66
Când fn^Mşi valorile societăţii se află în stare de confuzie §şi când se desfăşoară

schimbări cu caracter ilraumatizant, individul nu are în interiorul săgsun teren solid pentru a face faţă unor ameninţ Ai concrete. Rezultatul este dezorientarea psihică cât şi stările acute sau cronice de anxietate e Or, aceasta este de fapt starea culturii noastre ii i secolul XX.
în abse^a unor repere valorice externe, oamenii tn.'buie să-şi găsească orientarea în ei înşişi şi-^ceasta a dus la dezvoltarea psihanalizei şiţ ipoi a existenţialismului.
După opt îia lui May, dilema umană constă în aceea ca* omul este simultan subiect (care doreşte, e >imte) şi obiect orientat în raport cu situaţiile Externe, calitate în care trebuie mai curând şfi facă ceva decât să decidă dacă să facă sauj^u acel lucru.
Teoriile asupra comportamentul uman care pun un accent exclusiv pe forţelg externe, ca şi cele care, dimpotrivă, dau atetf ie prioritară determinantelor interne ale conduitei umane sunt incomplete şi ele eşuează» Mi interpretarea totală a fiinţei umane. A se d^coperi pe sine şi a fi deschis la experierti^ presupune ambele tipuri de forţe care dirtîftionează comportamentul. Scopurilcţterapiei sunt:
1. Invertirea procesului de îngustare sau de blocare </câmpului conştiinţei care s-a produs sub influenţa ameninţării.
2. Descinderea propriului eu în direcţia conştientizai r
Deci psihoterapia are ca obiectiv să ajute pe pacient :i <i-şi actualizeze potenţialul. Se urmaij&şte nu atât eliminarea anxietăţii cât şi transformarea anxietăţii nevrotice în anxietate normalăă ât şi a capacităţii de a trăi în condiţiile acestei c nxietăţii normale. După încheierea psihoterij piei pacientul va putea suporta o

încărcătură mai mare de anxietate decât înainte dar aceasta va fi anxietate conştientizată şi subiectul va putea să-i facă faţă în mod constructiv.
De asemenea, nu se urmăreşte eliminarea sentimentului de culpabilitate, ci transformarea culpabilităţii nevrotice în culpabilitate normală, precum şi capacitatea de a utiliza în mod creativ culpabilitatea normală. Nu se utilizează o tehnică psihoterapeutică anume. După May, analiza existenţială nu trebuie considerată ca o şcoală specială sau ca un sistem psihoterapeutic, ci mai curând ca un set de atitudini cu privire la om şi la modul în care acesta trebuie cunoscut.
Tehnica şi analiza abstractă reprezintă pentru existenţialişti concepte neadecvate deoarece fiinţa nu poate fi analizată fără a o distruge, cu toate acestea terapeuţii existenţialişti au la bază o pregătire psihanalitică sau în domeniul altei forme de terapie bazată pe insight. Deci, analiza existenţială reprezintă o modalitate de a înţelege existenţa umană, iar reprezentanţii ei consideră că unul din motivele cheie care împiedică înţelegerea reală a omului este cel puţin în cultura occidentală, accentul exagerat care este pus pe tehnică, accent care face ca omul să fie privit mai mult ca un obiect de condus, de luat în calcul, de analizat. Această tendinţă occidentală se caracterizează printre altele prin prejudecata că dacă aplicăm o metodă corectă, vom izbuti să cunoaştem în profunzime şi problematica pacientului.
Orientarea existenţialistă susţine exact opusul şi anume faptul că metoda urmează cunoaşterii. Pentru psihoterapia existenţialistă nu este atât de important ce anume face psihoterapeutul în timpul psihoterapiei, ci mai ales contextul psihoterapeutic în cadrul căruia pacientul nu

este privit ca un set de forţe dinamice, aflate în interacţiune, ci ca o fiinţă umană care decide, acţionează, şi îşi fixează atenţia asupra ceva aici şi acum.
Logoterapia luiViktor Frankl F r a n k I a fost iniţial antrenat în psihanaliză, dar cei trei ani petrecuţi într-un lagăr de concentrare german (inclusiv Auscwitz) l-au împins spre o orientare existenţialistă. Termenul de logoterapie vine de la termenul grecesc „logos" care înseamnă sens, semnificaţie.
Logoterapia este o variantă a analizei existenţiale care pune accentul pe demersul personal de căutare a sensului existenţei. Pentru Frankl „dorinţa de sens" este unul din motivele fundamentale ale omului. El este de părere că psihoterapia se ocupă de problemele adaptării umane, iar logoterapia, care abordează mai mult aspectele

spirituale ale existenţei, nu se substituie psihoterapiei, ci doar o completează. Logoterapia are drept obiectiv să-i ajute pe oameni să-şi găsească un sens în viaţă şi să facă faţă crizelor existenţiale. Accentul estepus mai ales pe conflictele de natură valorică. în cadrul acestei orientări psihoterapeutice se afirmă faptul că persoana este responsabilă de propriile sale convingeri sau acţiuni. Atenţia psihoterapeutului nu se îndreaptă spre trecut ci spre prezent şi spre viitor. Una din tehnicile utilizate de Frankl este tehnica „intenţiei paradoxale" (ulterior se va dezvolta chiar o şcoală denumită „Psihoterapie prin intervenţie paradoxală") prin intermediul căreia se solicită pacientului să dorească exact acel lucru de care se teme şi să o facă cu cât mai mult umor şi detaşare.

69

Pentru a ilustra această tehnică el dă exemplul unei studente la medicină care începea să tremure ori de cât ori asistentul se apropia de ea şi o privea în timpul lucrărilor practice (cit. L a z a r u s, 1976). Studenta a fost instruită să-şi spună: „latăasistentul! Acum ii voi demonstra cât de bine ştiu eu să tremur!". Bineînţeles că dacă ea încerca în mod deliberat să tremure, nu reuşea.

O altă tehnică este tehnica denumită „de-reflecţie" care cere pacienţilor să ignore ceea ce ii tulbură şi să se concentreze asupra unui lucru pozitiv din alt domeniu. Această tehnică se utilizează cu bune rezultate în domeniul tratamentului tulburărilor de dinamică sexuală. F r a n k I a utilizat aceste tehnici, dar şi altele, pentru a-i face pe pacienţi să-şi conştientizeze propriul sistem de valori, să câştige autocontrolul asupra lor înşişi şi sentimentul responsabilităţii pentru acţiunile şi reacţiile lor, cât şi pentru a-i învăţa să rezolve problemele existenţiale care îi tulbură.

VALOAREA PSIHOTERAPEUTICĂ A TEHNICILOR YOGA ŞI MEDITATIVE

Odată cu progresele medicinei, progrese înregistrate mai ales în domeniul imunologiei, chimioterapiei şi al asistenţei sanitare, o serie de maladii pot fi astăzi vindecate sau măcar ameliorate. Există însă unele tulburări ca de pildă migrenele, insomniile, tulburările de tip nevrotic (anxietate, fobii, iritabilitate, astenie etc.) ca şi unele boli psihosomatice (hipertensiunea, obezitatea, maladiile coronariene, constipaţia, afecţiunile alergice, problemele sexuale, ulcerul gastric etc.) sau deprinderi greşite (fumat, consum abuziv de alcool) care nu sunt pe deplin controlate de medicina modernă.

Adesea medicii prescriu analgezice, tranchilizante sau vitamine, fără a putea rezolva problema pacientului.

Maladiile menţionate mai sus sunt considerate maladii produse de stres, ele fiind rezultatul presiunii exercitate de o societate excesiv de materialistă şi competitivă care pune în faţa mai multor indivizi solicitări greu sau imposibil de îndeplinit şi îi dispreţuieşte pe cei care nu rezistă.

Neputând face faţă stresului şi suprasolicitării, oamenii se refugiază în hiperfagie (mâncat excesiv), fumat, consum abuziv de alcool sau medicamente prescrise sau autoadministrate cu consecinţele lor bine cunoscute: hipertensiune, diabet, obezitate, ciroză, bronşite cronice,

71

cancer pulmonar, maladii coronariene, toxicomanie. în aceste situaţii medicamentele sunt foarte puţin eficiente sau chiar ineficiente, fn acelaşi timp degeaba ii sfătuim pe pacienţi să se lase de fumat, să slăbească, să reducă consumul de alcool, să nu se mai enerveze, să ia lucrurile mai uşor şi să fie mai toleranţi cu ceilalţi, pentru că foarte puţini sunt capabili să ne urmeze sfatul. Chiar atunci când îşi dau seama de consecinţele negative ale comportamentului lor de cele mai multe ori oamenii nu au forţa să se modifice. De aceea trebuie să apelăm la alte metode pentru menţinerea şi ameliorarea sănătăţii, metode care să-i facă pe pacienţi responsabili pentru propria lor sănătate. Ţinând seama de faptul că relativ puţini

pacienţi au timp şi posibilităţile financiare de a urma o psihoterapie de durată, este de dorit să apelăm şi la metode de luptă împotriva stresului care nu trebuie în mod necesar aplicate de terapeuţi specializaţi, multe din ele putând fi aplicate chiar de pacientul însuşi sau de instructori specializaţi în tehnici orientale de autoperfecţionare. Aceste metode trebuie să fie simple, agreabile, fără efecte secundare, ele trebuie să ducă la înlăturarea simptomelor şi să creeze la pacient un sentiment de bine general. Una din aceste metode poate fi Yoga. Definită ca unire cu viaţa însăşi, Yoga este un element important al culturii indiene. Ea poate fi privită ca un sistem de autoînsănătoşire şi autoreglare a funcţiilor psiho-fiziologice şi psihice, cât şi ca un sistem de evoluţie spirituală a fiinţei umane. Iniţial Yoga nu a fost elaborată de înţelepţii indieni pentru a vindeca bolnavi, ci pentru a trezi şi dezvolta foitele spirituale din om, pentru a obţine o dezvoltare de tip superior a personalităţii. Privită sub acest aspect, Yoga e mai mult preventivă decât curativă.
72
Este dificil de datat tehnicile Yoga sub aspect istoric. Ele sunt, probabil, vechi de mii de ani. Inscripţii găsite referitoare la asane sau poziţiile Yoga sunt evaluate de specialişti ca fiind realizate cu aproximativ 3000 de ani înaintea erei noastre.
P a t a n j a I i, autorul textelor tradiţionale cunoscute sub denumirea de Yoga-Sutra, descrie Yoga ca o modalitate de control asupra mentalului (asupra valurilor minţii). Tehnicile meditative sunt, după opinia lui, menite să ajute oamenii să-şi dezvolte potenţialul ascuns, care zace în psihicul fiecărui om. Paul Brunton (1970), un englez care a călătorit mult în India, spunea că Yoga poate aduce trupurile noastre la nivelul sănătăţii perfecte pe care ne-a dăruit-o natura şi poate să ne ajute să realizăm unul din cele mai mari visuri ale lumii moderne: pacea minţii. Prin practicarea posturilor yoghine denumite asane oamenii pot atinge un control neobişnuit asupra sistemului muscular şi osteo-articular, ceea ce ne garantează supleţea şi dispariţia unor simptome de tip musculo-osteo-articular, iar practicarea exerciţiilor de respiraţie le conferă vigoare, sănătate şi longevitate. Conform doctrinei yoghine, fiecare individ care se angajează pe drumul autoperfecţionarii trebuie să parcurgă o serie de etape:
1. Yama Cuprind reguli care sfătuiesc pe
2. Niyama oameni cum să-şi conducă viaţa
într-un mod moral şi liniştit.
3. Asanas - Posturi corporale.
4. Pranayama - exerciţii de respiraţie.
5. Prathyahara - izolare de stimuli perturbatori.
6. Dharana - concentrare mentală.
7. Dhyana - contemplare.
8. Samadhi - stare de eliberare, de contopire cu absolutul.
73
(1,2)- Yama şi Niyama cuprind o serie de reguli de purificare fizică şi psihică, inclusiv referitoare la alimentaţie.
fn ceea ce priveşte comportamentul moral yoghinii sunt adepţii non-violenţei şi a purităţii morale. O persoană care s-a deprins să fie bună, înţelegătoare, iubitoare, iertătoare, va obţine de la ceilalţi reacţii similare.
(3) Asanele sau posturile fizice învaţă pe subiect să controleze şi să devină stăpân şi conştient de corpul lui fizic. Exerciţiile implică şi un aport mental, atenţia subiectului fiind concentrată asupra posturii. în acelaşi timp, exerciţiile sunt izotonice, implicând contracţia unei anumite grupe de muşchi concomitent cu relaxarea altor grupe musculare.
(4) Pranayama sau exerciţiile de respiraţie controlată: când oamenii sunt agitaţi, respiraţia devine mult mai rapidă. La o persoană încordată musculatura toracelui e rigidă, iar respiraţia e superficială, utilizând doar partea superioară a plămânilor. Practicând respiraţia abdominală lentă, profundă şi ritmică, individul poate obţine o stare de calm pe plan fizic şi mental. Chandra Patel (1984) recomandă

practicarea exerciţiilor de relaxare şi respiraţie într-o poziţie şezând, comodă (şezând „turceşte", eventual cu spatele sprijinit).
lată, pentru exemplificare, un model de instructaj pentru exerciţiul de respiraţie şi pentru exerciţiul de relaxare musculară profundă: „Căutaţi, pe cât posibil, să menţineţi capul, gâtul şi trunchiul într-o linie dreaptă. Relaxaţi corpul, fnchideţi ochii şi aveţi grijă ca dinţii să nu fie încordaţi.
Acum veţi practica un exerciţiu foarte simplu de respiraţie. Concentraţi atenţia asupra fiecărei etape a procesului respirator. Concentraţi-vă asupra inspiraţiei şi expiraţiei, asupra mişcărilor

musculaturii respiratorii. Ascultaţi sunetele produse de respiraţie. Căutaţi să simţiţi diferenţa de temperatură dintre aerul care intră şi iese din plămâni. Expiraţi, apoi inspiraţi profund, căutând să coborâţi diafragmul în jos şi să umpleţi plămânii de aer. Apoi expiraţi lent. După 3-4 respiraţii profunde lăsaţi respiraţia să devină normală şi regulată. Inspiraţi şi expiraţi uşor, lent, ritmic. Nu forţaţi respiraţia. Nu încercaţi în mod deliberat s-o încetiniţi. Menţineţi mai bine propriul ritm respirator. Inspiraţi şi expiraţi lent, calm, relaxat. Acum căutaţi să relaxaţi fiecare zonă a corpului. Căutaţi să luaţi legătura mental cu fiecare parte a corpului pe care doriţi să o relaxaţi. Acum îndreptaţi atenţia spre piciorul drept. Destindeţi degetele, talpa, călcâiul, glezna, gamba, coapsa. Relaxaţi toţi muşchii. Lăsaţi toţi muşchii piciorului drept să se destindă, să devină moi. Alungaţi afară toată tensiunea, toată încordarea. Acum îndreptaţi atenţia către piciorul stâng. Relaxaţi degetele, laba piciorului, călcâiul, glezna, gamba, coapsa. Relaxaţi toţi muşchii. Lăsaţi muşchii piciorului stâng să se relaxeze, să devină moi. Lăsaţi ca toată tensiunea din piciorul stâng să iasă afară. Simţiţi cum se relaxează fiecare muşchi, fiecare nerv, fiecare ţesut.
Acum concentraţi atenţia asupra braţului drept. Relaxaţi degetele, palma, antebraţul, braţul, umărul. Căutaţi să simţiţi cum se relaxează fiecare muşchi din braţul drept. Relaxaţi braţul cât puteţi de mult. Conştientizaţi fiecare senzaţie din muşchi, ţesuturile, nervii, articulaţiile care alcătuiesc braţul drept în timp ce lăsaţi braţul să se relaxeze. La fel pentru braţul stâng.
Acum îndreptaţi atenţia la baza coloanei vertebrale. Căutaţi să destindeţi pas cu pas muşchii

coloanei vertebrale, imaginându-vă că vertebrele se relaxează, parcă depărtându-se unele de altele. Simţiţi cum spatele se contopeşte cu podeaua. Apoi relaxaţi musculatura de la nivelul omoplaţilor, relaxaţi gâtul. Apoi concentraţi-vă asupra feţei, relaxaţi faţa, relaxaţi maxilarele astfel încât dinţii să nu fie strânşi. Relaxaţi obrajii şi pleoapele, căutaţi să simţiţi pleoapele grele, destinse, relaxate. Relaxaţi apoi fruntea, îndepărtaţi orice tensiune de la nivelul frunţii. Relaxaţi creştetul capului. Apoi relaxaţi pieptul. Cu fiecare expiraţie, relaxaţi-vă tot mai mult. Lăsaţi corpul să se cufunde în podea, să se contopească cu podeaua. Relaxaţi muşchii, nervii şi toate organele din cutia toracică. Apoi relaxaţi musculatura abdominală. Lăsaţi corpul să se relaxeze şi concentraţi atenţia asupra respiraţiei Simţiţi cum aerul răcoritor intră în plămâni şi cum aerul cald iese din plămâni, fn timp ce staţi aşezaţi sau culcaţi, puteţi simţi nevoia să dormiţi sau mintea dvs. începe să vagabondeze. Puteţi evita să adormiţi dacă staţi aşezaţi, dar e mai greu să împiedicaţi mintea să vagabondeze, să readucă în minte amintiri şi imagini, să pună şi să rezolve probleme. A gândi nu înseamnă a medita. Pentru a evita să vă lăsaţi furaţi de gânduri, lăsaţi gândurile să vină şi să plece, fără a vă fixa pe vreunul dintre ele. Lăsaţi-le să zboare fără a pune vreo întrebare, fără a le judeca, fără agitaţie. Rămâneţi detaşat şi observaţi gândurile care vin şi pleacă. Lăsaţi mintea să devină ca un ocean liniştit sau ca un cer senin. Lăsaţi gândurile să vină şi să plece fără să le analizaţi. Dacă v-aţi lăsat prins nu deveniţi nervos şi frustrat pentru că se va întâmpla de multe ori ca gândurile să vă prindă. De fiecare dată reveniţi cu calm şi fermitate la starea de

observator detaşat."
76

(5) Meditaţia poate fi definită ca o practică mentală care limitează „inputul" stimulilor exteriori prin direcţionarea atenţiei asupra unui stimul unic, nemodificat sau repetitiv, fn practică, poate avea loc de regulă într-o poziţie şezând, în stare de relaxare şi într-un loc liniştit. Obiectul meditaţiei poate să fie un sunet repetat mental, propria respiraţie sau orice alt obiect spre care se poate îndrepta atenţia internă. Când atenţia fluctuează practicantul o readuce înapoi la obiectul concentrării sale într-o manieră uşoară şi neforţată. Practicarea acestei tehnici produce la subiect o stare modificată de conştiinţă (un fel de auto-hipnoză care este evaluată de subiect ca fiind benefică).
Din punct de vedere istoric tehnicile meditative au fost considerate ca fiind de natură spirituală, ele făcând parte din sistemul Yoga, Zen, dar şi din alte sisteme religioase cum ar fi creştinismul, mahomedanismul sau iudaismul. P a t e I (1984) este de părere că fiecare practicant trebuie să aleagă acea formă de meditaţie care este în acord cu personalitatea sa. A trece de la o formă de meditaţie la alta nu este un semn de slăbiciune, ci dimpotrivă, o căutare creativă a căii personale de autoperfecţionare. De asemenea, a rămâne la o metodă nu este un semn de rigiditate dacă metoda s-a dovedit a fi utilă. Orice practicant trebuie să se conducă, în afară de sfaturile unui îndrumător, şi după intuiţia sa proprie, fn acelaşi timp, o metodă trebuie să fie practicată suficient de mult înainte de a o abandona ca nepotrivită. Acelaşi autor (P a t e I, 1984) descrie următoarele forme de meditaţie: • Meditaţia simplă asupra respiraţiei Un exerciţiu simplu de fixare a minţii asupra unui singur obiect este concentrarea asupra
77
respiraţiei. După ce subiectul a calmat respiraţia şi a relaxat corpul, şezând sau culcat cu ochii închişi, el trebuie să fixeze atenţia asupra aerului care intră şi iese din organism. Atenţia trebuie fixată asupra nărilor, urmărind u-se intrarea şi ieşirea aerului, cu conştientizarea clară a actului respirator. Se menţine atenţia concentrată asupra procesului respirator. Dacă subiectul are dificultăţi în menţinerea atenţiei asupra respiraţiei, e bine să numere în gând 1 (sau multipli) la inspiraţie şi 2 la expiraţie. Dacă mintea continuă să vagabondeze, parcticantul trebuie s-o readucă încet înapoi la obiectul concentrării fără a deveni agitat din cauza asta. • Meditaţia asupra unei mantre Filozofia yoghină consideră mantra un cuvânt sacru, numele divinităţii, un verset dintr-un text religios, un fragment dintr-o rugăciune, pe care adeptul îl repetă de multe ori. Aceasta este o modalitate eficientă de concentrare a mentalului.
fn sanscrită, cuvânt ca Ram sau Shyam sunt considerate mantre, ele reprezentând diverse denumiri, pe care le ia divinitatea. Aum sau Om este considerat sunetul primordial care denumeşte spiritul absolut conţinând în sine totul, trecutul, prezentul, viitorul. Lama tibetani.budiştii din China, Japonia şi Indonezia interpretează în acelaşi fel sunetul OM. Un instrument numit tonoscop şi care este utilizat pentru a vizualiza sunetele în cele trei dimensiuni, arată că pronunţarea sunetului O în microfon produce o sferă perfectă. Este de asemenea interesant de observat că evreii şi creştinii folosesc cuvântul Amen (Amin), iar musulmanii -Amin. Mantra poate fi şi o frază scurtă, ca de pildă „Aum Namah Shivaya", care înseamnă: „O Doamne, mă închin ţie!".
78
Mantra se poate alege în funcţie de credinţa, înclinaţiile şi apartenenţa culturală a practicantului (De pildă: Doamne, Itsuse Cristoase, miluieşte-mă pe mine). Rugăciunile vindecătoare îşi bazează efectele terapeutice pe componentele sugestive şi pe sunetele repetitive. Cu toate acestea, nu e obligatoriu ca mantra să aibă un conţinut religios, pacientul putând repeta un simplu cuvânt cum ar fi: „relaxare", „pace", „armonie". Ideea de bază a meditaţiei este să fixăm mintea

asupra unui singur gând. Practicantul nu trebuie să se lase demobilizat de îndoieli, disconfort, plictiseală, apatie sau nereuşite aparente şi trebuie să privească aceste stări cu detaşare, perseverând în meditaţie. In afară de tehnicile meditative descrise de P a t e I (1984) trebuie să menţionăm şi „Meditaţia transcendentală" (MT), pusă la punct de Maharishi Mahesh Yogi şi bine cunoscută astăzi în cultura occidentală. Această tehnică reprezintă o formă de tranziţie de la formele meditative religioase spre cele moderne, utilizate în psihoterapie. Ea conservă elemente de cult (prezenţa unui ritual de iniţiere - „puja"), se învaţă în cadru organizat şi nu permite clinicienilor să o practice cu pacienţii (cu excepţia situaţiei în care terapeutul este în acelaşi timp instructor atestat de meditaţie transcendentală).
Ştiinţa modernă a redescoperit terapia cu ajutorul sunetelor, terapie ce are la bază ideea că fiecare celulă şi ţesut al organismului are propriul său ritm vibrator. Chiar şi plantele cresc mai bine când sunt supuse acţiunii muzicii (W a t s o n, 1973). Desigur, sunetele au efecte pozitive şi negative şi de aceea trebuie să avem grijă cum ne alegem mantra.
79
• Meditaţia experienţială.
Natura este obiectul cel mai potrivit pentru contemplare.
Pacientul poate obţine o stare de pace interioară intrând în rezonanţă cu natura. Se pot utiliza astfel de indicaţii:
1. Aşezaţi-vă sub un copac şi contemplaţi minunatele pajişti înverzite.
2. Staţi relaxat în grădină şi savuraţi mirosul de fân cosit.
3. Ascultaţi sunetul valurilor mării sau cel al unei căderi de apă, uitaţi de sine în timp ce ascultaţi; lăsaţi ca vibraţia sunetului să vă umple mintea, trupul întreg, vibraţi odată cu acesta.
4. Ţineţi un măr în mână. Căutaţi să-i simţiţi forma şi textura, priviţi-i şi examinaţi-i culoarea cu atenţie, mirosiţi-l. Apoi închideţi ochii şi încercaţi să păstraţi în minte tot ce aţi văzut şi simţit.
5. Simţiţi mirosul vântului. Ce poartă el? Mirosul sărat al mării sau mirosul de brad al munţilor?
6. Relaxaţi-vă pe nisipul unei plaje şi căutaţi să deveniţi una cu aceasta, complet destins, fără nici un pic de tensiune.
7. Priviţi picăturile de ploaie care cad pe pământ. Căutaţi să vedeţi unde cade fiecare picătură.
Uneori intrăm spontan în meditaţie. Acestea sunt momentele când simţim bucurie, pace, armonie, linişte şi unitate cu tot ce este în jur. Nu mai suntem în stare de separare, ci de unitate; e ca un fel de reverie.
• Meditaţia de tip devoţional Contemplarea mistică, rugăciunea, concentrarea asupra unor idei religioase, practicarea cântecelor rituale cu inima plină de dragoste şi compasiune nu sunt altceva decât tehnici meditative de tip religios. Indiferent de credinţă (creştină, budistă, musulmană sau
80
mozaică) importantă este încrederea în Dumnezeu şi deschiderea persoanei către dragoste, compasiune şi înţelegere pentru ceilalţi. Cei care practică astfel de tehnici au descoperit scânteia divină din ei şi simt iubire pentru toate fiinţele.
Concentrarea şi contemplarea nu sunt decât primii paşi către o stare meditativă, adevărată, din Yoga, stare care nu poate fi descrisă în cuvinte şi se află dincolo de limitele eului individual.
Oricum, pentru oamenii obişnuiţi, ceea ce a fost descris aici e suficient pentru a-i menţine într-o stare de sănătate fizică şi psihică. Formele moderne ale meditaţiei, simplificate şi scoase din contextul esoteric şi religios au proprietăţi terapeutice remarcabile, putând fi aplicate cu succes în clinică, ele dovedindu-se a fi strategii eficiente de prevenire şi combatere a stresului.
Tehnicile meditative sunt înrudite cu tehnicile pe bază de biofeed-back, tehnici care îl ajută pe pacient să devină conştient şi să controleze procesele fiziologice

autonome din organism, precum şi cu tehnicile de relaxare bine cunoscute astăzi în clinică.
Dintre tehnicile de meditaţie adaptate şi standardizate pentru clinică, cele mai cunoscute sunt C.S.M - meditaţia standardizată pentru clinică (Carrington, 1978) şi meditaţia asupra respiraţiei - R.O.M. (B e n s o n, 1975). Aceste metode sunt medicale şi nu aparţin vreunui cult.
în cadrul metodei C.S.M. pacientul alege un sunet de pe o listă standardizată de sunete (sau elaborează unul conform instrucţiunilor) şi apoi ii repetă mental, fără a lega în vreun fel repetarea sunetului de ritmul respirator.
81
Aceasta este o tehnică de meditaţie permisiva şi nu presupune efort.
In schimb, în metoda R.O.M., pacientul repetă cuvântul ONE (unu în limba engleză) sau alt cuvânt sau propoziţie, căutând să realizeze pronunţarea mentală a respectivului cuvânt pe fiecare expiraţie. Aceasta este o formă de meditaţie ceva mai pretenţioasă care presupune mai multă autodisciplină din partea subiectului.
Patricia Carrington (1984), autoarea meditaţiei C.S.M., arată că terapeutul trebuie să descrie pacientului tehnica şi să menţioneze acele cercetări care au demonstrat că metoda se potriveşte în cazul simptomelor şi problemelor pe care le prezintă acesta. Trebuie precizat, de asemenea, că acest tip de meditaţie are un caracter laic şi este bine pus la punct sub aspect ştiinţific. în acelaşi timp, pacientul trebuie să fie instruit şi cu privire la faptul că metoda nu presupune nici un fel de concentrare a atenţiei, ci se desfăşoară în mod automat. Pacienţii cu personalitate detip A (orientaţi spre succes, hiperactivi, dominatori, ambiţioşi, perfecţionişti) pot opune rezistenţă în învăţarea meditaţiei pentru că se pot teme că aceasta le-ar dezorganiza stilul supraîncărcat de viaţă. Acestor pacienţi trebuie să li se explice faptul că practicarea regulată a meditaţiei îi va face şi mai eficienţi.
Meditaţia se practică într-o încăpere liniştită, în condiţii corespunzătoare de temperatură şi lumină, subiectul adoptând o poziţie relaxată şezând (nu culcat, pentru că riscă să intre în somn natural). La început subiectul repetă mantra cu voce tare, după instructor. Mantra se alege dintr-o listă standard care cuprinde 16 modele (Se utilizează sunete care rezonează, adesea terminate cu consoane nazale şi despre
82
I
care cercetările au demonstrat că au efect calmant asupra sistemului nervos al majorităţii oamenilor. Nu este necesar ca mantra să aibă semnificaţie pentru subiect. Frecvent se folosesc mantre ca: Ahnam, Shi-rim sau Ra-mah). Meditaţia propriu-zisă constă în repetarea mentală, automată, timp de 15-20 minute a silabei respective. Dacă subiectului îi vin gânduri parazite, el readuce încet, înapoi mentalul la obiectul concentrării. Se recomandă două şedinţe pe zi.
Instructorul discută cu pacientul după ce acesta a terminat meditaţia, răspunde la toate întrebările sale şi corectează eventualele erori de practică ce pot rezulta din relatările verbale ale pacientului.
Cercetările au arătat că aproximativ 50 % din subiecţii adulţi care au învăţat tehnica, continuă s-o utilizeze cu regularitate un timp mai îndelungat (C a r r i n g t o n, 1977). Există şi un număr de subiecţi care practică meditaţia în mod discontinuu sau doar o dată pe zi. Studiile clinice au pus în evidenţă faptul că şi o practică discontinuă are asupra subiectului unele efecte benefice în ceea ce priveşte reducerea unor simptome legate de stres. Aceeaşi autoare ne avertizează asupra unor aspecte de care trebuie să se ţină seama în practicarea tehnicii meditative (C.S.M.).
1. Există persoane care se dovedesc hipersensibile la meditaţie şi nu pot suporta o şedinţă standard de 15-20 minute. Astfel de probleme pot fi rezolvate adaptând timpul de meditaţie particularităţilor individuale ale persoanei.
2. Suprameditaţia poate fi periculoasă (dacă luăm o pastilă ne simţim mai bine,

dacă înghiţim tot flaconul ne intoxicăm).
fn urma practicării meditaţiei prelungite se pot produce descărcări de material emoţional pe
83
care pacientul nu-l mai poate controla. Mai ales la persoanele cu antecedente psihiatrice se pot produce episoade de tip psihotic (C a r r i n g-ton, 1977; Lazarus, 1976). Există diferite secte care recomandă adepţilor câte 4 ore de meditaţie pe zi şi mulţi dintre practicanţi relatează producerea unor efecte de „spălare a creierului".
3. Meditaţia poate creşte acţiunea unor medicamente. Din acest motiv, consumul de substanţe anxiolitice, antidepresive, antihipertensive şi a reglatoarelor tiroidiene trebuie controlat atent la practicanţii meditaţiei. Adesea o practică suficient de îndelungată a meditaţiei poate duce la reducerea dozelor de astfel de substanţe sau o terapie de tip discontinuu. Din acest motiv, meditaţia clinică trebuie practicată cu moderaţie şi sub îndrumarea unor specialişti, psihoterapeuţi clinicieni.
ASPECTE FIZIOLOGICE ALE MEDITAŢIEI
Toate tehnicile simple de meditaţie, inclusiv meditaţia transcendentală au ca element comun faptul că ele produc rapid o stare de relaxare profundă care prezintă anumite caracteristici.
Cercetările de laborator au demonstrat că în timpul meditaţiei, corpul şi mintea intră într-o stare de odihnă profundă.
• Consumul de oxigen scade după 20-30 minute de meditaţie la un nivel atins doar după 6-7 ore de somn (Wallace, Benson, Wilson, 1971).
• Ritmul cardiac şi cel respirator se reduc, de asemenea, în urma meditaţiei (A I i s o n, 1970; Walace, 1970).
84
Este dificil de datat tehnicile Yoga sub aspect istoric. Ele sunt, probabil, vechi de mii de ani. Inscripţii găsite referitoare la asane sau poziţiile Yoga sunt evaluate de specialişti ca fiind realizate cu aproximativ 3000 de ani înaintea erei noastre.
P a t a n] a I i, autorul textelor tradiţionale cunoscute sub denumirea de Yoga-Sutra, descrie Yoga ca o modalitate de control asupra mentalului (asupra valurilor minţii). Tehnicile meditative sunt, după opinia lui, menite să ajute oamenii să-şi dezvolte potenţialul ascuns, care zace în psihicul fiecărui om. Paul Brunton (1970), un englez care a călătorit mult în India, spunea că Yoga poate aduce trupurile noastre la nivelul sănătăţii perfecte pe care ne-a dăruit-o natura şi poate să ne ajute să realizăm unul din cele mai mari visuri ale lumii moderne: pacea minţii. Prin practicarea posturilor yoghine denumite asane oamenii pot atinge un control neobişnuit asupra sistemului muscular şi osteo-articular, ceea ce ne garantează supleţea şi dispariţia unor simptome de tip musculo-osteo-articular, iar practicarea exerciţiilor de respiraţie le conferă vigoare, sănătate şi longevitate. Conform doctrinei yoghine, fiecare individ care se angajează pe drumul autopsrfecţionarii trebuie să parcurgă o serie de etape:
1. Yama Cuprind reguli care sfătuiesc pe
2. Niyama oameni cum să-şi conducă viaţa
într-un mod moral şi liniştit.
3. Asanas - Posturi corporale.
4. Pranayama - exerciţii de respiraţie.
5. Prathyahara - izolare de stimuli perturbatori.
6. Dharana - concentrare mentală.
7. Dhyana - contemplare.
8. Samadhi - stare de eliberare, de contopire cu absolutul.
73
(1,2)- Yama şi Niyama cuprind o serie de reguli de purificare fizică şi psihică, inclusiv referitoare la alimentaţie.
fn ceea ce priveşte comportamentul moral yoghinii sunt adepţii non-violenţei şi a purităţii morale. O persoană care s-a deprins să fie bună, înţelegătoare, iubitoare,

iertătoare, va obţine de la ceilalţi reacţii similare.
(3) Asanele sau posturile fizice învaţă pe subiect să controleze şi să devină stăpân şi conştient de corpul lui fizic. Exerciţiile implică şi un aport mental, atenţia subiectului fiind concentrată asupra posturii. în acelaşi timp, exerciţiile sunt izotonice, implicând contracţia unei anumite grupe de muşchi concomitent cu relaxarea altor grupe musculare.
(4) Pranayama sau exerciţiile de respiraţie controlată: când oamenii sunt agitaţi, respiraţia devine mult mai rapidă. La o persoană încordată musculatura toracelui e rigidă, iar respiraţia e superficială, utilizând doar partea superioară a plămânilor. Practicând respiraţia abdominală lentă, profundă şi ritmică, individul poate obţine o stare de calm pe plan fizic şi mental. Chandra Patel (1984) recomandă practicarea exerciţiilor de relaxare şi respiraţie într-o poziţie şezând, comodă (şezând „turceşte", eventual cu spatele sprijinit).
Iată, pentru exemplificare, un model de instructaj pentru exerciţiul de respiraţie şi pentru exerciţiul de relaxare musculară profundă: „Căutaţi, pe cât posibil, să menţineţi capul, gâtul şi trunchiul într-o linie dreaptă. Relaxaţi corpul, închideţi ochii şi aveţi grijă ca dinţii să nu fie încordaţi.
Acum veţi practica un exerciţiu foarte simplu de respiraţie. Concentraţi atenţia asupra fiecărei etape a procesului respirator. Concentraţi-vă asupra inspiraţiei şi expiraţiei, asupra mişcărilor

musculaturii respiratorii. Ascultaţi sunetele produse de respiraţie. Căutaţi să simţiţi diferenţa de temperatură dintre aerul care intră şi iese din plămâni. Expiraţi, apoi inspiraţi profund, căutând să coborâţi diafragmul în jos şi să umpleţi plămânii de aer. Apoi expiraţi lent. După 3—4 respiraţii profunde lăsaţi respiraţia să devină normală şi regulată. Inspiraţi şi expiraţi uşor, lent, ritmic. Nu forţaţi respiraţia. Nu încercaţi în mod deliberat s-o încetiniţi. Menţineţi mai bine propriul ritm respirator. Inspiraţi şi expiraţi lent, calm, relaxat. Acum căutaţi să relaxaţi fiecare zonă a corpului. Căutaţi să luaţi legătura mental cu fiecare parte a corpului pe care doriţi să o relaxaţi. Acum îndreptaţi atenţia spre piciorul drept. Oestindeţi degetele, talpa, călcâiul, glezna, gamba, coapsa. Relaxaţi toţi muşchii. Lăsaţi toţi muşchii piciorului drept să se destindă, să devină moi. Alungaţi afară toată tensiunea, toată încordarea. Acum îndreptaţi atenţia către piciorul stâng. Relaxaţi degetele, laba piciorului, călcâiul, glezna, gamba, coapsa. Relaxaţi toţi muşchii. Lăsaţi muşchii piciorului stâng să se relaxeze, să devină moi. Lăsaţi ca toată tensiunea din piciorul stâng să iasă afară. Simţiţi* cum se relaxează fiecare muşchi, fiecare nerv, fiecare ţesut.
Acum concentraţi atenţia asupra braţului drept. Relaxaţi degetele, palma, antebraţul, braţul, umărul. Căutaţi să simţiţi cum se relaxează fiecare muşchi din braţul drept. Relaxaţi braţul cât puteţi de mult. Conştientizaţi fiecare senzaţie din muşchi, ţesuturile, nervii, articulaţiile care alcătuiesc braţul drept în timp ce lăsaţi braţul să se relaxeze. La fel pentru braţul stâng.
Acum îndreptaţi atenţia la baza coloanei vertebrale. Căutaţi să destindeţi pas cu pas muşchii

coloanei vertebrale, imaginându-vă că vertebrele se relaxează, parcă depărtându-se unele de altele. Simţiţi cum spatele se contopeşte cu podeaua. Apoi relaxaţi musculatura de la nivelul omoplaţilor, relaxaţi gâtul. Apoi concentraţi-vă asupra feţei, relaxaţi faţa, relaxaţi maxilarele astfel încât dinţii să nu fie strânşi. Relaxaţi obrajii şi pleoapele, căutaţi să simţiţi pleoapele grele, destinse, relaxate. Relaxaţi apoi fruntea, îndepărtaţi orice tensiune de la nivelul frunţii. Relaxaţi creştetul capului. Apoi relaxaţi pieptul. Cu fiecare expiraţie, relaxaţi-vă tot mai mult. Lăsaţi corpul să se cufunde în podea, să se contopească cu podeaua. Relaxaţi muşchii, nervii şi toate organele din cutia toracică. Apoi relaxaţi musculatura abdominală. Lăsaţi corpul să se relaxeze şi concentraţi atenţia asupra respiraţiei. Simţiţi cum aerul răcoritor

intră în plămâni şi cum aerul cald iese din plămâni, fn timp ce staţi aşezaţi sau culcaţi, puteţi simţi nevoia să dormiţi sau mintea dvs. începe să vagabondeze. Puteţi evita să adormiţi dacă staţi aşezaţi, dar e mai greu să împiedicaţi mintea să vagabondeze, să readucă în minte amintiri şi imagini, să pună şi să rezolve probleme. A gândi nu înseamnă a medita. Pentru a evita să vă lăsaţi furaţi de gânduri, lăsaţi gândurile să vină şi să plece, fără a vă fixa pe vreunul dintre ele. Lăsaţi-le să zboare fără a pune vreo întrebare, fără a le judeca, fără agitaţie. Rămâneţi detaşat şi observaţi gândurile care vin şi pleacă. Lăsaţi mintea să devină ca un ocean liniştit sau ca un cer senin. Lăsaţi gândurile să vină şi să plece fără să le analizaţi. Dacă v-aţi lăsat prins nu deveniţi nervos şi frustrat pentru că se va întâmpla de multe ori ca gândurile să vă prindă. De fiecare dată reveniţi cu calm şi fermitate la starea de observator detaşat."
76
(5) Meditaţia poate fi definită ca o practică mentală care limitează „inputul" stimulilor exteriori prin direcţionarea atenţiei asupra unui stimul unic, nemodificat sau repetitiv, în practică, poate avea loc de regulă într-o poziţie şezând, în stare de relaxare şi într-un loc liniştit. Obiectul meditaţiei poate să fie un sunet repetat mental, propria respiraţie sau orice alt obiect spre care se poate îndrepta atenţia internă. Când atenţia fluctuează practicantul o readuce înapoi la obiectul concentrării sale într-o manieră uşoară şi neforţată. Practicarea acestei tehnici produce la subiect o stare modificată de conştiinţă (un fel de auto-hipnoză care este evaluată de subiect ca fiind benefică).
Din punct de vedere istoric tehnicile meditative au fost considerate ca fiind de natură spirituală, ele făcând parte din sistemul Yoga, Zen, dar şi din alte sisteme religioase cum ar fi creştinismul, mahomedanismul sau iudaismul. P a t e I (1984) este de părere că fiecare practicant trebuie să aleagă acea formă de meditaţie care este în acord cu personalitatea sa. A trece de la o formă de meditaţie la alta nu este un semn de slăbiciune, ci dimpotrivă, o căutare creativă a căii personale de autoperfecţionare. De asemenea, a rămâne la o metodă nu este un semn de rigiditate dacă metoda s-a dovedit a fi utilă. Orice practicant trebuie să se conducă, în afară de sfaturile unui îndrumător, şi după intuiţia sa proprie. în acelaşi timp, o metodă trebuie să fie practicată suficient de mult înainte de a o abandona ca nepotrivită. Acelaşi autor (P a t e I, 1984) descrie următoarele forme de meditaţie: • Meditaţia simplă asupra respiraţiei Un exerciţiu simplu de fixare a minţii asupra unui singur obiect este concentrarea asupra
77
respiraţiei. După ce subiectul a calmat respiraţia şi a relaxat corpul, şezând sau culcat cu ochii închişi, el trebuie să fixeze atenţia asupra aerului care intră şi iese din organism. Atenţia trebuie fixată asupra nărilor, urmărindu-se intrarea şi ieşirea aerului, cu conştientizarea clară a actului respirator. Se menţine atenţia concentrată asupra procesului respirator. Dacă subiectul are dificultăţi în menţinerea atenţiei asupra respiraţiei, e bine să numere în gând 1 (sau multipli) la inspiraţie şi 2 la expiraţie. Dacă mintea continuă să vagabondeze, parcticantul trebuie s-o readucă încet înapoi la obiectul concentrării fără a deveni agitat din cauza asta. • Meditaţia asupra unei mantre Filozofia yoghină consideră mantra un cuvânt sacru, numele divinităţii, un verset dintr-un text religios, un fragment dintr-o rugăciune, pe care adeptul îl repetă de multe ori. Aceasta este o modalitate eficientă de concentrare a mentalului..
fn sanscrită, cuvânt ca Ram sau Shyam sunt considerate mantre, ele reprezentând diverse denumiri, pe care le ia divinitatea. Aum sau Om este considerat sunetul primordial care denumeşte spiritul absolut conţinând în sine totul, trecutul, prezentul, viitorul. Lama tibetani.budiştii din China, Japonia şi Indonezia interpretează în acelaşi fel sunetul OM. Un instrument numit tonoscop şi care este utilizat pentru a vizualiza sunetele în cele trei dimensiuni, arată că pronunţarea sunetului O în microfon produce o sferă perfectă. Este de asemenea interesant de

observat că evreii şi creştinii folosesc cuvântul Amen (Amin), iar musulmanii -Amin. Mantra poate fi şi o frază scurtă, ca de pildă „Aum Namah Shivaya", care înseamnă: „O Doamne, mă închin ţiel".
78
Mantra se poate alege în funcţie de credinţa, înclinaţiile şi apartenenţa culturală a practicantului (De pildă: Doamne, lisuse Cristoase, miluieşte-mă pe mine). Rugăciunile vindecătoare îşi bazează efectele terapeutice pe componentele sugestive şi pe sunetele repetitive. Cu toate acestea, nu e obligatoriu ca mantra să aibă un conţinut religios, pacientul putând repeta un simplu cuvânt cum ar fi: „relaxare", „pace", „armonie". Ideea de bază a meditaţiei este să fixăm mintea asupra unui singur gând. Practicantul nu trebuie să se lase demobilizat de îndoieli, disconfort, plictiseală, apatie sau nereuşite aparente şi trebuie să privească aceste stări cu detaşare, perseverând în meditaţie. In afară de tehnicile meditative descrise de P a t e I (1984) trebuie să menţionăm şi „Meditaţia transcendentală" (MT), pusă la punct de Maharishi Mahesh Yogi şi bine cunoscută astăzi în cultura occidentală. Această tehnică reprezintă o formă de tranziţie de la formele meditative religioase spre cele moderne, utilizate în psihoterapie. Ea conservă elemente de cult (prezenţa unui ritual de iniţiere- „puja"), se învaţă în cadru organizat şi nu permite clinicienilor să o practice cu pacienţii (cu excepţia situaţiei în care terapeutul este în acelaşi timp instructor atestat de meditaţie transcendentală).
Ştiinţa modernă a redescoperit terapia cu ajutorul sunetelor, terapie ce are la bază ideea că fiecare celulă şi ţesut al organismului are propriul său ritm vibrator. Chiar şi plantele cresc mai bine când sunt supuse acţiunii muzicii (W a t s o n, 1973). Desigur, sunetele au efecte pozitive şi negative şi de aceea trebuie să avem grijă cum ne alegem mantra.
79
• Meditaţia experienţială.
Natura este obiectul cel mai potrivit pentru contemplare.
Pacientul poate obţine o stare de pace interioară intrând în rezonanţă cu natura. Se pot utiliza astfel de indicaţii:
1. Aşezaţi-vă sub un copac şi contemplaţi minunatele pajişti înverzite.
2. Staţi relaxat în grădină şi savuraţi mirosul de fân cosit.
3. Ascultaţi sunetul valurilor mării sau cel al unei căderi de apă, uitaţi de sine în timp ce ascultaţi; lăsaţi ca vibraţia sunetului să vă umple mintea, trupul întreg, vibraţi odată cu acesta.
4. Ţineţi un măr în mână. Căutaţi să-i simţiţi forma şi textura, priviţi-i şi examinaţi-i culoarea cu atenţie, mirosiţi-l. Apoi închideţi ochii şi încercaţi să păstraţi în minte tot ce aţi văzut şi simţit.
5. Simţiţi mirosul vântului. Ce poartă el? Mirosul sărat al mării sau mirosul de brad al munţilor?
6. Relaxaţi-vă pe nisipul unei plaje şi căutaţi să deveniţi una cu aceasta, complet destins, fără nici un pic de tensiune.
7. Priviţi picăturile de ploaie care cad pe pământ. Căutaţi să vedeţi unde cade fiecare picătură.
Uneori intrăm spontan în meditaţie. Acestea sunt momentele când simţim bucurie, pace, armonie, linişte şi unitate cu tot ce este în jur. Nu mai suntem în stare de separare, ci de unitate; e ca un fel de reverie.
• Meditaţia de tip devoţional Contemplarea mistică, rugăciunea, concentrarea asupra unor idei religioase, practicarea cântecelor rituale cu inima plină de dragoste şi compasiune nu sunt altceva decât tehnici meditative de tip religios. Indiferent de credinţă (creştină, budistă, musulmană sau
80
mozaică) importantă este încrederea în Dumnezeu şi deschiderea persoanei către dragoste, compasiune şi înţelegere pentru ceilalţi. Cei care practică astfel de tehnici au descoperit scânteia divină din ei şi simt iubire pentru toate fiinţele.

Concentrarea şi contemplarea nu sunt decât primii paşi către o stare meditativă, adevărată, din Yoga, stare care nu poate fi descrisă în cuvinte şi se află dincolo de limitele eului individual.
Oricum, pentru oamenii obişnuiţi, ceea ce a fost descris aici e suficient pentru a-i menţine într-o stare de sănătate fizică şi psihică. Formele moderne ale meditaţiei, simplificate şi scoase din contextul esoteric şi religios au proprietăţi terapeutice remarcabile, putând fi aplicate cu succes în clinică, ele dovedindu-se a fi strategii eficiente de prevenire şi combatere a stresului.
Tehnicile meditative sunt înrudite cu tehnicile pe bază de biofeed-back, tehnici care ii ajută pe pacient să devină conştient şi să controleze procesele fiziologice autonome din organism, precum şi cu tehnicile de relaxare bine cunoscute astăzi în clinică.
Dintre tehnicile de meditaţie adaptate şi standardizate pentru clinică, cele mai cunoscute sunt C.S.M - meditaţia standardizată pentru clinică (C a r r i n g t o n, 1978) şi meditaţia asupra respiraţiei - R.O.M. (B e n s o n, 1975). Aceste metode sunt medicale şi nu aparţin vreunui cult.
fn cadrul metodei C.S.M. pacientul alege un sunet de pe o listă standardizată de sunete (sau elaborează unul conform instrucţiunilor) şi apoi ii repetă mental, fără a lega în vreun fel repetarea sunetului de ritmul respirator.
81
Aceasta este o tehnică de meditaţie permisivă şi nu presupune efort.
In schimb, în metoda R.O.M., pacientul repetă cuvântul ONE (unu în limba engleză) sau alt cuvânt sau propoziţie, căutând să realizeze pronunţarea mentală a respectivului cuvânt pe fiecare expiraţie. Aceasta este o formă de meditaţie ceva mai pretenţioasă care presupune mai multă autodisciplină din partea subiectului.
Patricia Carrington (1984), autoarea meditaţiei C.S.M., arată că terapeutul trebuie să descrie pacientului tehnica şi să menţioneze acele cercetări care au demonstrat că metoda se potriveşte în cazul simptomelor şi problemelor pe care le prezintă acesta. Trebuie precizat, de asemenea, că acest tip de meditaţie are un caracter laic şi este bine pus la punct sub aspect ştiinţific. în acelaşi timp, pacientul trebuie să fie instruit şi cu privire la faptul că metoda nu presupune nici un fel de concentrare a atenţiei, ci se desfăşoară în mod automat. Pacienţii cu personalitate de tip A (orientaţi spre succes, hiperactivi, dominatori, ambiţioşi, perfecţionist!) pot opune rezistenţă în învăţarea meditaţiei pentru că se pot teme că aceasta le-ar dezorganiza stilul supraîncărcat de viaţă. Acestor pacienţi trebuie să li se explice faptul că practicarea regulată a meditaţiei ii va face şi mai eficienţi.
Meditaţia se practică într-o încăpere liniştită, în condiţii corespunzătoare de temperatură şi lumină, subiectul adoptând o poziţie relaxată şezând (nu culcat, pentru că riscă să intre în somn natural). La început subiectul repetă mantra cu voce tare, după instructor. Mantra se alege dintr-o listă standard care cuprinde 16 modele (Se utilizează sunete care rezonează, adesea terminate cu consoane nazale şi despre
82
care cercetările au demonstrat că au efect calmant asupra sistemului nervos al majorităţii oamenilor. Nu este necesar ca mantra să aibă semnificaţie pentru subiect. Frecvent se folosesc mantre ca: Ahnam, Shi-rim sau Ra-mah). Meditaţia propriu-zisă constă în repetarea mentală, automată, timp de 15-20 minute a silabei respective. Dacă subiectului fi vin gânduri parazite, el readuce încet, înapoi mentalul la obiectul concentrării. Se recomandă două şedinţe pe zi.
Instructorul discută cu pacientul după ce acesta a terminat meditaţia, răspunde la toate întrebările sale şi corectează eventualele erori de practică ce pot rezulta din relatările verbale ale pacientului.
Cercetările au arătat că aproximativ 50 % din subiecţii adulţi care au învăţat tehnica, continuă s-o utilizeze cu regularitate un timp mai îndelungat (Carrington, 1977). Există şi un număr de subiecţi care practică meditaţia în mod discontinuu sau

doar o dată pe zi. Studiile clinice au pus în evidenţă faptul că şi o practică discontinuă are asupra subiectului unele efecte benefice în ceea ce priveşte reducerea unor simptome legate de stres. Aceeaşi autoare ne avertizează asupra unor aspecte de care trebuie să se ţină seama în practicarea tehnicii meditative (C.S.M.).

1. Există persoane care se dovedesc hipersensibile la meditaţie şi nu pot suporta o şedinţă standard de 15 - 20 minute. Astfel de probleme pot fi rezolvate adaptând timpul de meditaţie particularităţilor individuale ale persoanei.
2. Suprameditaţia poate fi periculoasă (dacă luăm o pastilă ne simţim mai bine, dacă ihghiţim tot flaconul ne intoxicăm).

fn urma practicării meditaţiei prelungite se pot produce descărcări de material emoţional pe

care pacientul nu-l mai poate controla. Mai ales la persoanele cu antecedente psihiatrice se pot produce episoade de tip psihotic (C a r r i n g-ton, 1977; Lazarus, 1976). Există diferite secte care recomandă adepţilor câte 4 ore de meditaţie pe zi şi mulţi dintre practicanţi relatează producerea unor efecte de „spălare a creierului".

3. Meditaţia poate creşte acţiunea unor medicamente. Din acest motiv, consumul de substanţe anxiolitice, antidepres'rve, antihipertensive şi a reglatoarelor tiroidiene trebuie controlat atent la practicanţii meditaţiei. Adesea o practică suficient de îndelungată a meditaţiei poate duce la reducerea dozelor de astfel de substanţe sau o terapie de tip discontinuu. Din acest motiv, meditaţia clinică trebuie practicată cu moderaţie şi sub îndrumarea unor specialişti, psihoterapeuţi clinicieni.

ASPECTE FIZIOLOGICE ALE MEDITAŢIEI

Toate tehnicile simple de meditaţie, inclusiv meditaţia transcendentală au ca element comun faptul că ele produc rapid o stare de relaxare profundă care prezintă anumite caracteristici.

Cercetările de laborator au demonstrat că în timpul meditaţiei, corpul şi mintea intră într-o stare de odihnă profundă.

- Consumul de oxigen scade după 20—30 minute de meditaţie la un nivel atins doar după 6-7 ore de somn (Wallace, Benson, Wilson, 1971).
- Ritmul cardiac şi cel respirator se reduc, de asemenea, în urma meditaţiei (A I i s o n, 1970; Walace, 1970).

- Se produce o vasodilataţie periferică şi o creştere a temperaturii la nivel cutanat (măsurată la nivelul frunţii) (R i 11 e r s t a e d t; Schenkluhn, cit.Kannellakos, 1974). Această din urmă modificare pare să sugereze o trecere la dominanta parasimpatică.
- Creşte, de asemenea, rezistenţa electrică a pielii (W a 11 a c e, 1970), ceea ce sugerează o scădere a anxietăţii; în acelaşi timp apare o reducere bruscă a concentraţiei acidului lactic în sânge (Wall ace şa., 1971).
- Electroencefalograma realizată în timpul meditaţiei arată un traseu de veghe relaxată, cu predominanţă alfa şi unde teta ocazionale, cât şi patternuri neobişnuite de trecere bruscă de la ritmul alfa la ritmuri mai lente, apropiate de cele de somn şi de la acestea înapoi la ritmurile alfa (Das şi Gastant, 1957; Wall ace ş.a., 1971).

Aceste date sugerează faptul că meditaţia este o stare modificată de conştiinţă de tip fluid, conţinând elemente de veghe şi somn şi prin aceasta semănând cu stările hipnagogice (de trecere de la somn la veghe). O serie de cercetări au arătat că stările me-ditaitve se deosebesc de veghea realizată cu ochii închişi, cât şi de unele stări hipnotice (B r o w n, S t e w a r t şi BI o d g e 11; cit. Kanellakos, 1974; Wall ace, 1970; Wall a ce s.a., 1971). S-a dovedit şi că în timpul relaxării de tip meditativ apar fenomene specifice fazei de somn R.E.M. (non-rapid eye-movement) dar de data aceasta în stare de veghe. W a 11 a c e ş.a. au denumit meditaţia ca o „stare de veghe hipometabolică" (1971), iar Gell-horn şi Kiely o denumesc „stare de dominanţă trofotropică compatibilă cu con-

85
ştienţa (starea de veghe) deplină" (G e 11 h o r-
ne şi Kiely, 1972).
Practicată cu regularitate meditaţia produce
modificări comportamentale durabile în sens
pozitiv, pe aceasta bazându-se aplicaţiile ei
terapeutice.
APLICAŢII CLINICE ALE MEDITAŢIEI
Studiile clinice şi cercetările experimentale arată că meditaţia are o serie de efecte benefice asupra organismului, dintre care menţionăm: 1. Reducerea tensiunii psihice şi anxietăţii Cercetările au demonstrat că se produce o reducere masivă a anxietăţii la subiecţii care au practicat meditaţia transcendentală (C a r r i n g-ton, 1977).
G I u c k (1973) a demonstrat experimental pe un grup de bolnavi psihici că în urma practicării meditaţiei s-a putut realiza la pacienţi o reducere masivă a medicaţiei psihotrope (meditaţia a fost practicată timp de câteva săptămâni). La aceşti pacienţi au putut fi reduse şi sedativele, iar la unii pacienţi sedativele au putut fi chiar eliminate.
Efectul tranchilizant al meditaţiei diferă de cel al medicaţiei psihiatrice. în timp ce medicamentele produc o lentoare psihomotorie, ameţeală şi scăderea vigilenţei, relaxarea produsă de meditaţie nu scade cu nimic acuitatea psihică, ba chiar la unii pacienţi o creşte (la unele grupe de meditanţi a fost găsită o reducere a timpului de reacţie) (A p p e 11 e şi O s w a I d, 1974), cât şi o rezolvare mai corectă şi mai rapidă a sarcinilor perceptiv motrice (R i m o I, 1978), comparativ cu grupele de control.
86
Deci, meditaţia se recomandă în cazurile de
anxietate unde poate înlocui sau se poate
adăuga tratamentului medicamentos.
2. Ameliorarea simptomatologiei bolilor
psihosomatice produse de stres
Cercetările au pus în evidenţă îmbunătăţiri ale
patternului respirator la pacienţi cu astm
bronşic în urma practicării meditaţiei (H o n s-
berger şi Wilson, 1973).
De asemenea, în urma practicării meditaţiei s-a
înregistrat o scădere a tensiunii arteriale la
pacienţii hipertensivi, atât la cei trataţi, cât şi la
cei netrataţi (B e n s o n, 1977; Pa te II, 1973;
1975-p. 19; 20).
S-a mai constatat, de asemenea:
- Reducerea contracţiilor ventriculare premature la pacienţi cu cardiopatie ischemică (Bensen, Alexander şi Feldman, 1975).
- Reducerea nivelului colesterolului în sânge (Cooper şi Aygen, 1979).
Patel şi North (1975) au realizat un studiu pe un lot de 34 de bolnavi hipertensivi diagnosticaţi. Lotul a fost împărţit în două subgrupe: o subgrupă a realizat tratament pe bază de tehnici de relaxare şi meditaţie, de 2 ori pe săptămână, timp de 6 săptămâni. Pacienţii subgrupei de control au fost instruiţi să stea culcaţi şi să se relaxeze cum cred ei. După încetarea tratamentului pacienţii au fost urmăriţi în continuare timp de 3 luni. Medicaţia a rămas constantă.
Rezultatele au arătat o scădere mică, dar semnificativă a tensiunii sistolice şi diasistolice la grupul martor şi o scădere mult mai mare a tensiunii arteriale la grupul de experiment. Diferenţele dintre cele două grupuri au fost semnificative pentru $p < 0,005$.
87

După 2 luni s-a constatat că nivelul tensiunii arteriale la grupul martor revine la valorile iniţiale (adică H.T.A.), în timp ce la grupul de experiment reducerile de tensiune obţinute se menţin. Tot P a t e I (1976 b) a obţinut după o practică de 6 săptămâni la 14 pacienţi hipertensivi o reducere a tensiunii medii sistolice de la 171 la 148mmHg şi a tensiunii medii diastolice de la 103 la 85 mm Hg. Nivelul mediu al coles-" terolului s-a redus de la 242 la 217 mm per ml (p< 0,001).

- Ameliorarea insomniilor şi a tulburărilor de somn (M i s k i m a n, 1978; W o o I f o I k, Carr-Kaffashan, Mc Nulty şiLeh-rer, 1976).
- O mai bună evoluţie la pacienţii logonevrotici (Mclntyre, Silverman şi Troter, 1974).
- Unii autori citează chiar o mai bună evoluţie a bolnavilor psihici, bineînţeles fără abandonarea medicaţiei psihotrope.

3. Creşterea productivităţii psihice a pacienţilor

Meditaţia poate contribui la o creştere a eficienţei generale prin eliminarea risipei de energie, eliminare care se poate manifesta prin scăderea nevoii de somn în timpul zilei. Se constată, de asemenea, o mai bună stare fizică şi psihică, o creştere a fluenţei ideative, a concentrării atenţiei cât şi o deblocare a disponibilităţilor creative ale subiectului.

4. Ameliorarea autoacceptării

Unul din efectele benefice ale meditaţiei este ameliorarea imaginii de sine şi a autoacceptării subiectului, acesta reducând semnificativ timpul pe care îl pierde pentru a se autoblama. Aceasta este probabil o consecinţă a generalizării atitudinii non-critice adoptate de pacient în timpul meditaţiei.

fn acelaşi timp, mulţi meditanţi devin mai toleranţi cu greşelile celor din jur, ceea ce contribuie la ameliorarea relaţiilor interpersonale.

5. Reducerea tendinţei spre toxicomanie Lavely şi Jaffe (1974; 1975) au arătat că la persoanele care au practicat meditaţia un timp mai îndelungat (un an sau mai mult) se constată o scădere a consumului de droguri: marihuana, amfetamine, barbiturice şi substanţe psihedeiice (L.S.D.). Oricum, la aceşti toxicomani consumul de droguri capătă un caracter discontinuu.

Aceeaşi descreştere a consumului de substanţă toxică se constată la fumători şi la cei care abuzează de alcool (S h a f i i, Lavely şi Jaffe, 1976).

Meditaţia este deci recomandabilă mai ales în fazele incipiente ale toxicomaniei.

6. Ameliorarea dispoziţiei afective

Atât cercetările, cât şi studiile clinice au arătat că persoanele cu dispoziţie depresivă tind să-şi amelioreze starea în urma practicării meditaţiei (Carrington, Collings, Benson, Robinson, Wood, Lehrer, Wool-folk şi Cole, 1980). fn cazul reacţiilor depresive acute, pacienţii nu răspund bine la meditaţie, ei neavând suficientă răbdare să o practice (Carrington şi Ephron, 1975).

Meditaţia este indicată în depresiile nevrotice de intensitate uşoară şi moderată.

7. Creşterea rezonanţei emoţionale Persoanele care practică meditaţia relatează adesea faptul că resimt emoţiile mai viu (plăcere, bucurie, dragoste, tristeţe, mânie). Adesea ei trăiesc emoţii care înainte le erau inaccesibile. Adesea se produc trăiri emoţionale chiar în timpul meditaţiei, acestea fiind asociate cu amintiri încărcate emoţional, în acest fel

producându-se un fel de catharsis (descărcare) a pacientului (Carrington, 1977). Deci, putem indica meditaţia acolo unde subiectul prezintă o tocire afectivă şi o tendinţă la hiperintelectualizare.

8. întărirea sentimentului identităţii personale

Meditaţia pare să crească independenţa psihică a persoanei. Persoanele care au un puternic sentiment al diferenţierii de ceilalţi, care se autoconducdin interior, îşi

utilizează eul propriu ca sistem de referinţă pentru judecăţi şi decizii sunt denumite de psihologi persoane „independente de câmp". Dimpotrivă, persoanele cu un sentiment mai redus al identităţii lor, separate de alţii, care se bazează mai mult pe sursele externe în definirea atitudinilor şi judecăţilor lor, sunt denumite „dependenţi de câmp". Studiile au arătat că în urma practicării pe o perioadă mai îndelungată de timp a meditaţiei, subiecţii au manifestat tendinţa spre o mai mare independenţă de câmp (H i n e s cit. de C a r-rington', 1977; Pelletier, 1978). Astfel de studii pledează pentru ideea că practicarea meditaţiei poate produce modificări fundamentale în modul în care individul îşi percepe eul propriu.

După o perioadă de practică, meditanţii au afirmat că sunt mai conştienţi şi mai siguri de opiniile lor decât la începutul practicii, ei nemaiputând fi tot atât de uşor influenţaţi de alţii ca înainte. în acelaşi timp ei pot lua deciziile mai rapid, mai uşor şi mai eficient, îşi pot afirma mai ferm punctul de vedere şi pot lupta mai eficient pentru drepturile lor.

9. Scădera nervozităţii şi irascibilităţii Scurt timp de la începerea practicii, persoanele care meditează devin mai puţin nervoase şi

90

iritabile în relaţiile interpersonale (C a r r i n g-ton ş.a., 1980).

Au fost utilizate numeroase încercări pentru a identifica acele trăsături de personalitate caracteristice ale persoanelor care răspund bine la meditaţie. Majoritatea studiilor de acest gen au utilizat populaţii de normali (fără tulburări psihopatologice manifeste), deşi criteriile eficienţei practicării meditaţiei au avut în vedere aspecte clinice (ameliorarea dispoziţiei, eficienţei comportamentului). Beiman, Johnson, Puente, Maje s-tic şi Graham (1980) au constatat că cu cât subiectul are sediul autocontrolului situat mai în interior cu atât se obţine o reducere mai însemnată a anxietăţii în urma practicării meditaţiei (anxietatea a fost măsurată cu un inventar de anxietate: Fear Survey Schedule). S m i t h (1978) a constatat că reducerea anxietăţii în urma practicării meditaţiei corelează moderat cu doi factori din cadrul testului de personalitate Cattell 16 PF: introver-sie (preocupare pentru ideile şi trăirile emoţionale interioare) şi schizotimie (orientare neabătută spre scop, retragere în sine, platitudine emoţională şi răceală afectivă), fn acelaşi timp C a r r i n g t o n ş.a. (1980) studiind stresul ocupaţional într-o mare corporaţie, nu a găsit corelaţii semnificative între factorii de personalitate măsuraţi cu ajutorul testului Cattell 16 PF şi reducerea simptomatologiei măsurată cu ajutorul unei liste de simptome (Revised 90 - item Symptom Checklist - SCL - 90 - R), aplicată în urma practicării meditaţiei.

Schwartz, Davidson şi Goleman (1978) raportează, pe baza unor date experime-tale, că meditaţia ar produce o mai amplă scădere a simptomelor cognitive ale anxietăţii

91

decât exerciţiile fizice, care tind să reducă mai mult aspectele somatice ale anxietăţii. Pe baza ipotezei lansate de Davidson-Schwartz, unii clinicieni tind să recomande meditaţia mai ales pacienţilor ale căror simptome se referă la aspecte cognitive ale anxietăţii şi metode orientate mai mult fiziologic (ca de pildă, relaxarea progresivă a lui Jacob-son, antrenamentul autogen al lui Schultz) acelor pacienţi care manifestă mai mult simptome somatice ale anxietăţii (palpitaţii, senzaţii de sufocare etc). Făcând o sinteză a studiilor experimentale şi clinice Carrington (1984) recomandă practicarea meditaţiei în următoarele situaţii:

- Stări de anxietate şi supraîncordare emoţională.
- Tulburări neurovegetative.
- Stări de surmenaj (oboseală cronică).
- Insomnie sau hipersomnie.
- Abuz de alcool sau tutun.
- Tendinţa exagerată spre autoacuzare.
- Depresii nevrotice subacute.
- Irascibilitate, rezistenţă la frustraţie.

• Tendinţă exagerată la supunere, dificultăţi de autoafirmare.
• Reacţii psihopatologice la doliu; anxietate de separare.
• Blocarea productivităţi psihice şi creativităţii.
• O trăire inadecvată pe plan afectiv.
• Situaţia în care este nevoie să se lichideze dependenţa pacientului de psihoterapeut (transferul) şi să se accentueze autonomia pacientului (mai ales în fazele terminale ale unei psihoterapii).

In recomandarea practicării unei tehnici meditative trebuie să avem în vedere şi următoarele aspecte:

92

a. Gradul de autodisciplină a pacientului

Meditaţia presupune un grad mai redus de autodisciplină decât alte modalităţi de control a stresului. Tehnica poate fi învăţată într-o singură şedinţă, şi nu solicită pacientul să memoreze şi să practice anumite procedee ce presupun mai multe etape. Tehnica nu presupune nici măcar efortul de a vizualiza anumite grupe de muşchi care se relaxează sau construirea unor reprezentări mentale care să inducă calmul. Meditaţia este o tehnică de autoreglare a stărilor psihice aproape automată şi din acest motiv ea este utilă pentru acei pacienţi care nu sunt dispuşi să acorde mult timp şi energie pentru autoperfecţionare sau atunci când avem nevoie de rezultate rapide.

b. Proprietăţile de autoîntărire ale meditaţiei Pentru mulţi pacienţi starea de pace şi destindere pe care ne-o dă meditaţia este trăită ca un fel de evadare din grijile zilnice. Această proprietate de a asigura o autoîntărire face ca meditaţia să fie atrăgătoare pentru mulţi subiecţi. Din acest motiv practicarea meditaţiei poate fi recomandată acelor subiecţi la care motivaţia de a învăţa o strategie de luptă împotriva stresului nu e foarte puternică.

c. Contraindicaţii pentru pacienţii cu o nevoie exagerată de autocontrol Pacienţii care se tem de pierderea controlului asupra lor înşile pot identifica meditaţia cu hip-noza şi pot avea rezerve în învăţarea tehnicii. Chiar dacă aceştia îşi însuşesc tehnica,ei o pot percepe ca pe o corvoadă, ca pe o reducere a dominantei sau ca pe o ameninţare la nevoia lor de a-i manipula pe ceilalţi. Aceştia au tendinţa de a abandona practica sau de a exersa în mod discontinuu. Astfel de subiecţi au nevoie de o tehnică mai obiectivă pe care să o poată controla mai bine printr-un efort conştient.

93

Una din problemele pe care le pune practicarea meditaţiei este posibilitatea descărcării masive a stresului acumulat. La unii dintre proaspeţii practicanţi ai meditaţiei pot să se actualizeze la un moment dat simptome psihice şi somatice legate de stres. Aceste simptome au un caracter temporar şi sunt rezultatul descărcării unor tensiuni non-verbaleacumulate (Carrington, 1977; 1978). Apariţia acestor simptome poate fi utilă din punct de vedere terapeutic atunci când terapeutul ştie cum s-o manevreze în mod ; corect. Cu toate acestea o descărcare prea

■ violentă a tensiunilor, mai ales la începutul

practicării meditaţiei, poate uneori descuraja practicantul, unii subiecţi ajungând până la a-bandonarea practicii.

O altă problemă care se pune ţine de faptul că modificările rapide în sfera comportamentului subiectului pot intra în contradicţie cu stilul său obişnuit de viaţă cât şi cu mecanismele sale de apărare ale Euiui.

lată câteva din modurile fn care modificările comportamentale produse la meditaţie pot altera stilul patologic de viaţă al pacientului:

• Meditaţia poate dezvolta la subiect o formă de autoafirmare care poate intra în contradicţie cu soluţia nevrotică de a adopta un comportament şters.

fn aceste cazuri terapeutul trebuie să încerce să altereze acest model de comportament şters, estompat, înainte ca meditaţia să devină la pacient un mod de

viaţă.
• Meditaţia tinde să producă la pacient sentimente de bine şi optimism, sentimente ce pot ameninţa jucărea rolului de persoană depresivă, rol care fi serveşte pacientului pentru echilibrul său psihic de tip patologic.
• Sentimentele agreabile ce însoţesc meditaţia pot produce anxietate. De pildă, persoanele
94
care au sentimente de culpabilitate datorită masturbării pot identifica masturbarea (o experienţă în care cineva se află singur şi îşi produce o plăcere) cu meditaţia, caracterizând-o în mod inconştient ca pe o activitate interzisă.
• Meditaţia poate conduce la un stil de viaţă relaxat şi pacificat, care ameninţă să altereze stilul vechi de viaţă care este tensional şi care este utilizat în mod nevrotic ca o modalitate de apărare sau în slujba nevoii de putere, performanţă sau control asupra evenimentelor. Pacienţii care presimt ce se poate întâmpla, pot refuza să practice meditaţia sau dacă o încep, ei o practică discontinuu până când respectivele probleme de personalitate nu sunt rezolvate.
• Pacientul poate dezvolta uneori şi reacţii negative faţă de procesul meditaţiei sau faţă de obiectul meditaţiei (mantra). Acest lucru se poate întâmpla pentru că mulţi pacienţi consideră meditaţia ca pe ceva magic. Atunci când ei sunt forţaţi să recunoască faptul că tehnica variază ca eficienţă în funcţie de factorii externi sau în funcţie de propria lor dispoziţie sau stare de sănătate, ei devin nemulţumiţi sau tind să abandoneze practica dacă psiho-terapeutul nu-i ajută să-şi modifice expectatiile iraţionale.
Din fericire astfel de probleme nu apar decât la relativ puţini meditanţi.
Pentru a ilustra modul de aplicare al meditaţiei în psihoterapie prezentăm un caz descris de Patrie ia Carrington (1984). Meditaţia clinică a fost recomandată unei femei între două vârste pentru durerile de cap care s-au dovedit rezistente la orice tratament. Celelalte simptome psihosomatice pe care le prezenta pacienta (ulcer gastric şi colită) au putut fi tratate cu succes de către medic.
95
După ce a început practica meditaţiei, simptomul (cefaleea) s-a accentuat pentru aproximativ o săptămână şi apoi a dispărut brusc. Pacienta nu a mai avut dureri de cap timp de 4 luni ceea ce nu se mai întâmplase până atunci.
în acelaşi timp pacienta a observat la ea nişte modificări de personalitate, pe care Ie-a atribuit meditaţiei şi care au pus-o pe gânduri. Ea a încetat să mai joace rolul de martiră şi de sacrificată a familiei, începând să-şi afirme cu fermitate drepturile. Deşi ea părea eficientă în acest nou rol (fiii ei adolescenţi au început s-o respecte mai mult şi să facă mai puţine comentarii ironice la adresa ei), unii membrii ai familiei au comentat faptul că ea a încetat să mai fie persoana drăguţă care fusese până atunci. Pacienta s-a plâns de faptul că meditaţia a făcut-o să devină o persoană detestată, fn acelaşi timp, pacienta a încetat să mai vorbească în mod compulsiv şi fără rost, lucru comentat favorabil de alţii, dar acompaniat în acelaşi timp de sentimentul de stânjeneală pe care-l simţea în societate, sentiment ce era mascat de trăncăneala ei compulsivă. Incapabilă să integreze noile schimbări în sfera personalităţii, pacienta a abandonat practica meditaţiei, deşi [-au reapărut durerile de cap. fn acest punct terapeutul a sondat mai în profunzime problemele pacientei ajungând la concluzia că sursa primară a simptomelor acesteia era competiţia cu sora ei, pe care părinţii o considerau un copil model, în timp ce pacienta era tratată ca un copil rău, care crea numai probleme.
In adolescenţă pacienta a dezvoltat dorinţa compulsivă de a deveni mai „sfântă" decât sora ei, chiar dacă aceasta însemna sacrificarea tuturor dorinţelor şi nevoilor sale îh favoarea
96
celorlalţi. Chiar şi simpla practică agreabilă a meditaţiei îi părea pacientei ca un act egoist care îi strica imaginea de persoană care se sacrifică.

După clarificarea acestor probleme cu terapeutul şi şedinţe de role-playing în care pacienta a practicat forme pozitive de comportament autoafirmativ, pacienta a acceptat să reia practica zilnică a meditaţiei. Curând ea a descoperit că procesul meditativ o împinge către o autoafirmare mai rapidă decât o poate suporta, fn această situaţie terapeutul i-a recomandat să mediteze o dată pe săptămână, înaintea fiecărei şedinţe de psihoterapie, terapeutul oferindu-i un suport tacit pentru tendinţa spre independenţă şi autoafirmare şi servindu-i de model pentru integrarea meditaţiei în viaţa curentă. Pacienta aprecia şedinţele de meditaţie realizate cu terapeutul ca fiind relaxante, plăcute şi constructive.
Discuţiile terapeutice au avut ca obiectiv analizarea sentimentelor de culpabilitate pe care Ie-a dezvoltat pacienta în urma practicării meditaţiei.
fn urma acestei abordări durerile de cap au dispărut din nou şi pacientei i-au reapărut modificările de personalitate care apăruseră în urma practicării zilnice a meditaţiei. Printre acestea s-a numărat şi reîmprospătarea vieţii imaginative care suferise o sărăcire la pacientă în ultimul timp.

PSIHOTERAPII DE ORIENTARE COMPORTAMENTALĂ

Orientarea comportamentală a apărut ca o reacţie faţă de psihoterapiile bazate pe „insight" (iluminare) care puneau un accent deosebit pe forţele ascunse, de natură inconştientă ale psihicului uman.
Baza teoretică a terapiilor comportamentale îşi are originea în teoriile învăţării, care considerau că personalitatea umană se structurează şi funcţionează în raport de stimulii exteriori, de situaţiile, rolurile şi interacţiunile sociale şi nu de forţele psihice interne, abisale, fn formele sale extreme, orientarea comportamentală neagă total existenţa factorilor psihologici de natură interioară. Terapeuţii comportamentalişti se ocupă de comportamentul observabil şi de condiţiile de mediu care îl modelează, psihoterapia fiind înţeleasă ca un proces de învăţare. Conform acestei orientări nevroza este considerată ca un fenomen învăţat şi prin aceasta îşi pierde caracterul misterios.
Reacţiile, emoţiile şi deprinderile dezadaptative au fost achiziţionate în cursul vieţii individului şi ele s-au fixat deoarece au permis cândva subiectului să evite anumite experienţe traumatizante. Ele tind să fie repetate nu numai în prezenţa stimulilor aversivi care le-au generat ci şi într-o serie de situaţii cu caracter similar. Aceste reacţii nedorite fac obiectul psiho-terapiei care îşi propune să le elimine. Deci, în concepţia comportamentaliştilor psihoterapia

nu mai vizează o restructurare şi reconstrucţie a personalităţii, ci doar reducerea şi eliminarea simptomelor.
Astfel, R e y n a (cit. L a z a r u s, 1987) arată că psihoterapia este considerată ca un set de procedee menite să elimine o multitudine de reacţii emoţionale cu caracter dezadaptativ, de comportamente nedorite şi să elaboreze modele de comportament mai eficiente, care să permită individului să facă faţă sarcinilor cotidiene, să interacţioneze adecvat cu alte persoane şi situaţii.
Conceptele de bază ale psihoterapiei comportamentale sunt cele de întărire socială şi de control al comportamentului. Principiul întăririi se referă la utilizarea şi manipularea stimulilor ambianţei astfel încât anumite categorii de comportamente să fie recompensate şi în felul acesta să crească probabilitatea lor de manifestare. Psihoterapia devine astfel un proces logic de control al comportamentului bazat pe cunoaşterea condiţiilor care permit modificarea acestuia.
Decondiţionarea ca principiu terapeutic nu reprezintă o noutate în terapie, fncă înainte ca teoriile învăţării să capete în psihologie o amploare atât de mare, a fost utilizată aşa-numita tehnică a „practicii negative" (Du ni ap, 1917; 1932) în tratamentul logonevrozelor şi nevrozelor motorii (mai ales în terapia ticurilor). A-ceastă tehnică solicită pacientul să practice în mod deliberat deprinderea greşită astfel încât aceasta să se supună controlului voinţei. Aceste procedee sunt cunoscute sub denumirea de de-condiţionare, desensibilizare sau reeducare. După

anul 1950 aceste practici psihotera-peutice au luat amploare, astfel încât la ora actuală orientarea comportamentalistă a
99
devenit una din direcţiile prioritare în psihoterapia contemporană.
Terapeuţii de orientare comportamentalistă citează adesea unul din celebrele experimente ale lui Watson şi Rayner (1920) în cursul cărora un copil de 11 luni a fost condiţionat să dezvolte o reacţie de frică în prezenţa unui şobolan alb, prin asocierea prezentării animalului cu un zgomot foarte puternic. Treptat teama s-a generalizat, ea apărând şi la alte animale sau obiecte fabricate din blană sau pluş. Watson şi Rayner au anticipat principiile psihoterapiei comportamentale afirmând că dacă stimulul generator de teamă ar fi asociat cu un stimul agreabil, teama ar putea fi eliminată.
Astfel, dacă pacientul este instruit să-şi imagineze o experienţă anxiogenă într-o situaţie terapeutică relaxantă şi securizantă el va constata curând că experienţa respectivă nu este urmată de consecinţele negative aşteptate, reacţia de evitare având un caracter nevrotic. Prin intermediul unor procedee de acest tip pacientul învaţă să discrimineze între pericolele reale şi fricile sale iraţionale. Această interpretarea pune accentul pe înţelegerea semnificaţiei stimulilor de către pacient ea depăşind limitele stricte ale conceptului de condiţionare. Din acest motiv mulţi psihoterapeuţi contemporani tind să interpreteze în felul acesta condiţionarea, ei generând orientare denumită „psihoterapie cognitiv-comportamentală" (G o I d-fried şi Goldfried, 1975;Meichenbaum, 1974).
Această abordare reduce discrepanţa dintre psihoterapiile dinamice şi cele comportamen-
100
tale. Diferenţa esenţială între cele două orientări terapeutice menţionate constă în modalitatea lor diferită de abordare a simptomelor. Orientarea dinamică este de părere că simptomul nu este important prin el însuşi, el fiind un simbol al unui proces nevrotic cu caracter mai profund. Acest proces psihopatologic trebuie,scos la lumină şi numai în felul acesta pacientul va deveni mai adaptat la existenţă. Pentru terapeuţii comportamentalişti această orientare este un non-sens. Simptomul nu simbolizează nici o problemă mai profundă, ci reprezintă el însuşi o problemă care trebuie eliminată fără pretenţia de a modifica altceva din structura personalităţii pacientului. Dacă simptomul a fost achiziţionat prin învăţare, efortul terapeutic trebuie orientat în direcţia inversării procesului de învăţare.
In concepţia terapeuţilor de orientare dinamică înlăturarea simptomului nu este considerată vindecare. Mai mult, această eliminare fără atacarea procesului nevrotic de bază este considerată periculoasă pentru că simptomul este doar expresia superficială a unui proces psihopatologic profund, care poate genera noi simptome adesea mai severe decât cel abordat.
Terapeuţii comportamentalişti nu-şi pun astfel de probleme, scopul psihoterapiei constând în decondiţionarea subiectului de comportamente nedorite şi în înlocuirea lor cu comportamente dezirabile.
fn perspectiva behavioristă persoana de-zadaptată este diferită de cea normală prin aceea că a eşuat în dobândirea unor abilităţi de a face faţă evenimentelor cotidiene şi în acelaşi timp a achiziţionat modele de comportament greşite.
101
TEHNICI ALE PSIHOTERAPIEI
COMPORTAMENTALE
(după Coleman, Bucher, Carrson, 1984)
1. Tehnica stingerii comportamentelor nedorite.
Modelele de comportament învăţate au tendinţa de a slăbi şi de a dispărea în timp dacă nu sunt întărite corespunzător. Acest fenomen este evident mai ales în situaţiile în care comportamentul nedorit a fost întărit fără voie de alte persoane. Astfel, copilul Billy, de 6 ani, a fost adus la clinica de neuropsihiatrie infantilă pentru

că detesta şcoala, comportamentul său în clasă având un caracter agresiv care deranja lecţiile şi făcea ca Billy să fie respins de colegii săi. Observând cu atenţie comportamentul părinţilor în timpul interviului clinic psihoterapeutul a constatat că ambii părinţi erau foarte permisivi şi aprobau tot ce făcea sau spunea copilul. Programul de psihoterapie propus a cuprins următoarele etape:
a. Părinţii au fost ajutaţi să discrimineze între comportamentele reale şi cele cu caracter demonstrativ ale copilului.
b. Părinţii au fost învăţaţi să ignore copilul, ne-acordându-i interes şi atenţie atunci când punea în funcţiune comportamente demonstrative. Ei trebuiau, dimpotrivă, să manifeste aprobare pentru comportamentele dezirabile.
c. învăţătoarea a fost, la rândul ei, instruită să-l ignore pe Billy când acesta se comporta necorespunzător şi să-i acorde atenţie când se comporta bine.
Comportamentele nedorite, cu caracter demonstrativ, ale copilului, s-au accentuat în clasă în primele zile, ele reducându-se apoi din ce îr.

ce mai mult, nemaifiind întărite de părinţi şi învăţătoare.
0 dată cu diminuarea acestor comportamente copilul a început să fie tot mai mult acceptat de colegi, ceea ce a constituit o nouă întărire a modelelor dorite de comportament şi a modificat atitudinea sa negativă faţă de şcoală. Există două tehnici psihoterapeutice mai cunoscute care se bazează pe principiul stingerii comportamentelor nedorite: - terapia implozivă; -tehnica expunerii (flooding). Ambele tehnici utilizează principiul stingerii reacţiilor condiţionate de evitare a stimulilor anxiogeni şi din acest motiv sunt indicate în tratamentul tulburărilor anxioase. Metodele sunt asemănătoare în esenţă, diferenţa constând în aceea că în cursul terapiei implozive pacientul se confruntă cu situaţia anxiogenă în plan imaginar, în timp ce în cursul celei de-a doua tehnici confruntarea cu stimulul anxiogen are loc chiar în realitate, fn cursul terapiei implozive pacientului i se cere să-şi imagineze situaţii care îi produc anxietate; terapeutul, în loc să-l liniştească, manevrează astfel situaţia, încât să se producă o creştere masivă a anxietăţii. Prin expuneri repetate la situaţii anxiogene în condiţii de securitate afectivă stimulii anxiogeni îşi pierd forţa şi comportamentul de evitare a respectivelor situaţii are tendinţa să se stingă. Hipnoza şi medicamentele psihotrope pot fi utilizate pentru a creşte sugestibilitatea subiectului şi a facilita demersul psihoterapeutic. Confruntarea reală cu situaţiile anxiogene (flooding) se utilizează cu succes mai ales la subiecţii cu capacităţi imaginative limitate. Astfel, un pacient cu fobie de locuri înalte poate fi dus de terapeut

în astfel de locuri (pe acoperişul unor blocuri, pe poduri etc).
Intr-un studiu pe pacienţi cu agorafobie (teama de spaţii deschise), Emmelkamp şiWesels (1975) au demonstrat experimental că expunerea prelungită la stimuli anxiogeni în vivo s-a dovedit superioară celei imaginative. Cu toate acestea, există şi subiecţi pentru care expunerea reală la stimuli anxiogeni este prea dură.
Aceiaşi autori (Emmelkamp şi Wesels, 1975) citează cazul unui pacient agorafobie, care s-a ascuns în pivniţă de teama de a nu fi obligat să se plimbe pe stradă împreună cu terapeutul.
Datele clinice au demonstrat că deşi marea majoritate a pacienţilor răspund favorabil la aceste tehnici, unii subiecţi nu obţin rezultate, iar la un număr foarte mic se poate produce chiar o exacerbare a simptomatologiei. 2. Tehnica desensibilizării sistematice Această tehnică s-a dovedit utlă în reducerea unor modele de comportament nedorite, prin punerea în acţiune a altor modele comportamentale antagoniste.
Prin tehnica desensibilizătrii subiectul este învăţat să se relaxeze sau să se comporte într-un mod care este incompatibil cu apariţia anxietăţii în prezenţa unor stimuli anxiogeni reali sau imaginari.
Tehnica desensibilizării nu se adresează în exclusivitate comportamentelor fixate

prin întărirea negativă, ci unei game mult mai largi de situaţii.
Termenul de „desensibilizare sistematică" îi aparţine lui Wolpe (1969). Pornind de la principiul că modelele de comportament bazate pe anxietate nu sunt altceva decât răspunsuri condiţionate, autorul a elaborat o metodă prin
104
care pacientul este învăţat să rămână calm şi relaxat în situaţii anxiogene. Metoda cuprinde următoarele etape:
• învăţarea relaxării
Aceasta se realizează în primele şase şedinţe de psihoterapie, după metoda relaxării musculare progresive a lui Jacobson (1938). fn unele situaţiii se poate apela şi la alte tehnici de relaxare, hipnoză, meditaţie şi chiar la medicamente, pentru a facilita destinderea subiectului.
• Stabilirea ierarhiilor
Tot în cursul primelor şedinţe de psihoterapie se stabileşte o ierarhie a situaţiilor generatoare de anxietate pentru subiect, în ordine descrescătoare de la situaţia cea mai anxiogenă până la cea mai puţin anxiogenă. De pildă, în cazul unui copil cu fobie de câini, contactul direct cu animale mari poate reprezenta stimulul cel mai anxiogen, pozele cu câini un stimul mai puţin anxiogen, iar prezenţa altor animale mici cu blană - un stimul şi mai puţin anxiogen.
• Procedeul desensibilizării
După ce subiectul stăpâneşte bine tehnica de relaxare i se cere să se relaxeze cu ochii închişi, în timp ce terapeutul îi descrie tot felul de scene, începând cu unele neutre şi înaintând progresiv pe linia ierarhiei stimulilor generatori de anxietate. Pacientul, aflat în relaxare, este solicitat să-şi imagineze fiecare situaţie descrisă de terapeut, fn momentul în care pacientul afirmă că simte anxietatea, şedinţa se încheie. Tratamentul continuă până când pacientul devine capabil să rămână relaxat în timp ce îşi reprezintă scene care înainte îi trezeau o reacţie anxioasă de amploare.
Durata medie a unei şedinţe de desensibilizare este de 30 minute, şedinţele având loc de 2-3 ori pe săptămână.
105
Un program complet de psihoterapie durează de la câteva săptămâni la câteva luni.
Există şi variante terapeutice în cadrul cărora desensibilizarea are loc in vivo, pacientul fiind instruit să se confrunte şi cu situaţii reale pe care şi Ie-a imaginat în timpul şedinţelor de psihoterapie.
Wol pe (1969) a subliniat următoarele situaţii în care tehnica desensibilizării s-a dovedit ineficientă:
- la pacienţi cu dificultăţi în învăţarea relaxării;
- în cazul în care ierarhiile de stimuli anxiogeni sunt irelevante sau pot ghida greşit subiectul;
- fn cazul existenţei unei inabilităţi imaginative a subiectului.
Tehnica psihoterapeutică a desensibilizării s-a dovedit utilă într-o serie de situaţii cum ar fi: reducerea tracului de examen, terapia fobiilor, a tulburărilor anxioase, cât şi în unele cazuri de impotenţă şi frigiditate. 3. Psihoterapia aversivă Această metodă presupune înlăturarea modelelor nedorite de comportament prin metoda clasică a sancţiunilor. Sancţiunea presupune atât înlăturarea întăririlor pozitive cât şi utilizarea unor stimuli aversivi. Cei mai des utilizaţi stimuli aversivi sunt şocurile electrice. Deşi utile, pedepsele sunt rareori utilizate ca unică metodă de tratament. Prima utilizare sistematică a tehnicii aversive aparţine lui Kantorovich (1930) care a tratat alcoolici prin administrarea unor şocuri electrice asociate cu prezentarea vizuală, mirosul şi gustul unor băuturi alcoolice. Ulterior tehnica aversivă a fost

aplicată la o gamă largă de tulburări sau deprinderi greşite cum ar fi: fumatul, consumul de băuturi alcoolice, mâncatul excesiv, dependenţa de
106
droguri, deviaţii sexuale şi chiar în cazul unor comportamente psihotice bizare. La ora actuală utilizarea şocurilor electrice ca stimuli aversivi a scăzut mult, atât datorită aspectelor etice implicate, cât şi datorită faptului că noile comportamente dezirabile induse prin această metodă nu au tendinţa de a se generaliza şi la alte situaţii decât strict la cele asupra cărora s-a acţionat direct. Au fost puse la punct procedee mai puţin periculoase şi mai eficiente, cum ar fi, de pildă, metoda întăririi diferenţiate în cadrul căreia sunt întărite comportamentele incompatibile cu cele indezirabile.
Psihoterapia aversivă reprezintă o modalitate de a stopa răspunsurile dezadaptativepentru o perioadă de timp în care ar exista posibilitatea de a produce modificări în stilul de viaţă al subiectului prin încurajarea modelelor de com-portament adaptative care au tendinţa de a se autoîntări. Acest element prezintă o importanţă deosebită deoarece, altfel, pacientul se va abţine de la comportamentul nedorit în situaţia psihoterapeutică în care este sancţionat, el continuând însă să le manifeste în situaţiile reale, unde se simte în siguranţă. 4. Metoda modelării
Această metodă presupune însuşirea unor modele dezirabile de comportament prin imitarea altor persoane cum ar fi terapeutul sau părintele.
Pacientul este confruntat cu anumite tipuri de comportament realizate de către terapeut şi încurajat să le imite.
107
Astfel, de pildă, modelarea s-a dovedit eficientă în acumularea unor deprinderi de alimetare independentă la copiii deficienţi mental. 5. Psihoterapia asertivă
Psihoterapia sau antrenamentul asertiv a fost utilizat atât ca metodă de sensibilizare cât şi de formare a unor abilităţi de a face faţă diverselor situaţii de viaţă. Această tehnică s-a dovedit eficientă mai ales în cazul persoanelor care au dificultăţi în stabilirea unor contacte interper-sonale datorită anxietăţii accentuate care îi împiedică să se exprime liber şi chiar să-şi manifeste sentimentele de afecţiune.
Psihoterapia asertivă este indicată şi în cazul subiecţilor care în mod constant îi lasă pe ceilalţi să-i manipuleze sau să profite de pe urma lor. Antrenamentul asertiv are menirea de a-l învăţa pe subiect să-şi exprime deschis şi adecvat gândurile şi sentimentele. Acest antrenament se desfăşoară în etape, comportamentul asertiv fiind practicat iniţial în cabinetul de psihoterapie şi abia ulterior în viaţa reală. Se acordă o atenţie sporită dezvoltării unor deprinderi şi abilităţi de relaţionare interpersonală. Pacienţii timizi sunt învăţaţi să adreseze altor persoane remarci directe şi mai puţin confortabile, fără ca în spatele lor să se afle sentimente de ostilitate sau agresivitate (de pildă, se pot adresa partenerului remarci de tipul: „nu-mi place cum te-ai pieptănat" sau „această rochie nu-ţi stă bine" etc).
Wolpe (1969 b) a arătat că psihoterapia asertivă nu este eficientă în cazul fobiilor care se referă la stimuli cu caracter impersonal. De asemenea, tehnica nu este indicată nici în cazul anumitor tipuri de situaţii interpersonale; astfel, de pildă, în cazul unei persoane respinse de altcineva, psihoterapia asertivă mai mult tinde să agraveze situaţia decât să o rezolve.
108
6. Orientarea ce tinde să reconcilieze psihoterapia comportamentală cu terapia psihodinamică.
Arnold Lazarus (1971) este un psihoterapeut flexibil care are tendinţa de a reconcilia orientarea comportamentalistă cu cea psihodinamică. El afimă că, de pildă, în spatele unui comportament fobie se poate ascunde o problemă mult mai complexă şi mai profundă a pacientului, fn opinia sa psihoterapeuţii comportamentalişti nu trebuie să-şi aplice tehnica fn mod mecanic şi rigid, ci trebuie să utilizeze o gamă mai largă de abordări ale pacientului, alegând, în urma unei examinări aprofundate a acestuia, acel demers terapeutic care se potriveşte

mai bine fiecărui caz în parte.
Arnold Lazarus (cit Richard Lazarus, 1976) prezintă un caz în care fobia de a traversa poduri ascunde în spatele ei un fenomen mai complex, care ar rămâne neobservat pentru un psihoterapeut comportamentalist care îşi aplică tehnica în mod clasic. • Pacientul: Simt o frică puternică atunci când
trebuie să traversez un pod. Terapeutul: Mai ai şi alte frici sau dificultăţi? Pacientul: Doar complicaţiile care rezultă din
faptul că mi-e frică să trec peste un pod. Terapeutul: fn ce fel această teamă îţi influenţează viaţa? Pacientul: Am fost nevoit să renunţ la un loc de
muncă excelent în Barkeley. Terapeutul^ Unde locuieşti? Pacientul: fn San Francisco. Terapeutul: Atunci de ce nu te-ai mutat în
Barkeley?
Pacientul: Prefer să locuiesc în oraş. Terapeutul: Pentru a ajunge la acel institut trebuia să traversezi Golden Gate?
109
Pacientul: Da. Am consultat un psihoterapeut în San Francisco. Acesta a încercat să mă desensibilizeze, dar nu a reuşit, şi atunci m-a trimis la dumneavoastră. Nu era chiar atăt de rău când eram împreună cu soţia şi copiii, dar chiar şi atunci, Golden Gate, care are o lungime de o milă, mă aducea la capătul puterilor.
Terapeutul: Spune-mi, de cât timp ai această problemă?
Pacientul: De 4 ani. A apărut brusc când mă întorceam acasă de la serviciu pe podul Bay, pe care se circulă foarte încet. Din-tr-odată am fost cuprins de o stare de panică fără motiv. îmi venea să intru în maşinile din faţa mea. O dată am avut chiar senzaţia că podul se va rupe.
Terapeutul: Să revenim la situaţia în care panica a apărut pentru prima dată. Spuneai că te întorceai de la muncă. S-a întâmplat ceva la serviciu?
Pacientul: Nimic neobişnuit.
Terapeutul: Te simţeai bine la serviciu?
Pacientul: Da! Eram chiar propus pentru promovare.
Terapeutul: Ce însemna asta concret?
Pacientul: 3 000 de dolari în plus pe an.
Terapeutul: Asta însemna că trebuie să faci alt fel de muncă?
Pacientul: Da, trebuia să devin şef de serviciu având sub ordine mai mult de 50 de oameni.
Terapeutul: Ce ai simţit în legătură cu această situaţie?
Pacientul: Nu înţeleg ce vreţi să spuneţi?
Terapeutul: Mă refer la modul îh care ai resimţit responsabilitatea suplimentară. Simţeai că eşti la înălţimea ei, că poţi să-i faci faţă!
110
Pacientul: Soţia mea aştepta primul copil. Nişte bani în plus ne-ar fi prins bine.
Terapeutul: Deci, în aceeaşi perioadă aşteptai să devii tată şi să fii promovat într-o funcţie de conducere. Trebuia deci să faci faţă la două noi roluri sociale solicitante: „tătic" acasă şi „tătic" la serviciu. Aceasta s-a întâmplat atunci când ai fost cuprins de panică pe pod. Sunt convins că nu ai ajuns niciodată şef.
Pacientul: Nu. A trebuit să-mi cer transferul în oraş.
Terapeutul: Acum te rog să analizezi cu atenţie întreaga situaţie. Ai avut vreodată vreun accident pe pod sau lângă un pod? Sau ai fost martorul unui accident în zona unui pod?
Pacientul: Nu.
Terapeutul: Lucrezi în continuare pentru aceeaşi companie?
Pacientul: Nu. Am primit o ofertă mai bună, cu mai mulţi bani, de la o companie din oraş. Lucrez la ei de aproximativ un an şi jumătate.
Terapeutul: Câştigi mâi mulţi sau mai puţini bani decât ai fi câştigat la Berkeley?
Pacientul: Aproximativ la fel, dar preţurile au crescut aşa că, de fapt, câştig mai puţin.

Terapeutul: Dacă nu ţi-ar fi apărut fobia de poduri şi ai fi lucrat la Berkeley pentru 3 ooo de dolari în plus, unde crezi că te-ai afla astăzi?
Pacientul: fn Berkeley, bineînţeles.
Terapeutul: Ca şef? Cu mai mulţi bani?
Pacientul: Pe naiba! Cine ştie? (Râde). Poate că aş fi ajuns chiar vice-preşedintele companiei.
Terapeutul: Şi ce ar fi însemnat asta?
111
Pacientul: Glumesc, dar ar fi fost posibil să fie
chiar aşa.
Terapia, în cazul acestui pacient, a fost deplasată de la problema fobiei de poduri la unele aspecte din istoria vieţii pacientului. Acesta era cel mai mic din cinci fraţi şi şi-a însuşit aprecierea mamei sale că, spre deosebire de fraţii săi deosebit de dotaţi, nu va ajunge niciodată nimic în viaţă.
A fost utilizată tehnica desensibilizării, dar nu pentru fobia de poduri, ci pentru condiţionările negative din copilărie. A fost realizată o ierarhizare a afirmaţiilor făcute de mamă, afirmaţii care urmăreau minimalizarea calităţilor subiectului care a fost imunizat faţă de afirmaţii de acest tip. în acelaşi timp el a fost antrenat după metoda psihoterapiei asertive. Odată ce a căpătat încredere în sine, fobia de poduri a dispărut la fel de brusc cum a apărut. La pacientul în cauză fobia de poduri avea funcţia de a preveni impactul cu neîncrederea şi nesiguranţa sa în domeniul profesional, al competenţei, responsabilităţii şi autorealizării. Acest caz ilustrează modul în care un terapeut comportamentalist s-a apropiat de o orientare psihodinamică în psihologie. O direcţie prin care are loc reconcilierea orientării comportamentaliste cu cea psihodinamică o reprezintă interesul sporit al terapeuţilor pentru tehnicile de autoreglare şi autocontrol al stărilor psihice.
Pacienţii solicită ajutor psihoterapeutic pentru că dintr-un motiv sau altul nu se mai pot auto-controla (nu-şi pot controla tensiunile musculare, ideile obsesive, fricile iraţionale, nu se pot stăpâni să mănânce, să bea sau să manifeste comportamente agresive). Obiectivul terapiei comportamentale este, conform acestei orien-
112
tări, învăţarea pacientului să-şi redobândească autocontrolul asupra lui însuşi.
Psihoterapeuţii comportamentalişti mai puţin ortodocşi acceptă faptul că factorii interni: gânduri, intenţii, expectaţii, planuri etc. joacă un rol foarte important în viaţa individului, chiar dacă ei sunt influenţaţi şi modelaţi de stimuli externi, de recompensele şi sancţiunile oferite de mediul înconjurător.
Pacienţii sunt astfel antrenaţi să-şi recapete autocontrolul asupra impulsurilor, tendinţelor, reacţilor, comportamentelor sociale prin manipularea atât a factorilor interni cât şi a celor externi.
Goldfried şi Merbaum (1973)definesc autocontrolul ca fiind procesul prin care un individ devine factorul principal în ghidarea, direcţionarea şi reglarea acelor trăsături ale propriului comportament în vederea obţinerii unor consecinţe pozitive dezirabile. Autocontrolul reprezintă o capacitate dobândită, care se formează prin învăţare, în urma unor contacte sociale variate, iar repertoriul tehnicilor de autocontrol se construieşte progresiv în cursul interacţiunii cu factori complecşi din mediul înconjurător.
fn acelaşi timp, autocontrolul este rezultatul unei decizii personale, rezultate în urma unei deliberări conştiente, în scopul de a integra acţiunile menite să conducă la scopuri dezirabile stabilite de individul însuşi. Se poate afirma deci că autocontrolul este un proces mediat de instanţe de natură cognitivă, cu caracter conştient.
Metodele concrete de autocontrol includ tehnici de relaxare, autosugestie şi deautoprogramare psihică.
113
7. Orientarea cognitiv-comportamentală în psihoterapie

Termenul de terapie cognitiv-comportamentală îşi are originile atât în domeniul psihologiei cognitive, care pune accent pe rolul ideilor asupra comportamentului, cât şi al psihologiei compor-tamentaliste, cu orientarea sa riguros centrată pe obţinerea unor performanţe. Lczra actuală există o multitudine de demersuri cognitiv-comportamentaliste pare au în comun mai ales două aspecte:
a. Convingerea conform căreia procesele cognitive influenţează atât motivaţia cât şi comportamentul.
b. Utilizarea tehnicilor de modificare a comportamentului într-o manieră pragmatică.
fn cursul şedinţelor de psihoterapie terapeutul şi pacientul recurg la principiile învăţăturii pentru a obţine modificarea structurilor cognitive ale pacientului, evaluând permanent efectele pe care le au aceste modificări în comportament şi în stilul de gândire. Pentru exemplificare prezentăm câteva date în legătură cu psihoterapia cognitiv-comportamentală în depresii, aparţinând lui Bec k, 1978. Principiul de bază al acestui demers psiho-terapeutic constă în aceea că starea depresivă rezultă din modul lipsit de logică în care pacienţii gândesc despre ei înşişi, despre lumea exterioară şi despre viitor. Aceste idei lipsite de logică au tendinţă de a se menţine chiar şi în contradicţie cu realitatea, deoarece indivizii se angajează în comportamente autoblocante şi autodestructive prin intermediul următoarelor mecanisme:
a. perceperea selectivă a lumii ca fiind ameninţătoare, ignorând situaţiile contrarii;

b. mecanismul suprageneralizării, prin care o experienţă limitată este generalizată asupra tuturor sectoarelor vieţii şi activităţii (m-a respins o fată, înseamnă că nu sunt bun de nimic);
c. amplificarea semnificaţiei unor evenimente negative (am fost dat afară din serviciu - aceasta înseamnă sfârşitul vieţii mele);
d. punerea în funcţiune a unor moduri de gândire absolutiste de tipul „totul sau nimic" (de pildă, comentariul răutăcios al unei persoane este o dovadă a lipsei noastre de valoare).
fn cursul psihoterapiei cognitiv-comportamen-tale a lui B e c k, pacienţii nu sunt solicitaţi să-şi schimbe ideile (ca în cazul psihoterapiei raţional-emotive elaborate de Elis 1958; 1973; 1975), ci să culeagă informaţii despre propria persoană în urma unor experienţe directe, informaţii menite să infirme concepţiile lor greşite despre ei înşişi.
Terapeutul împreună cu pacientul identifică părerile, credinţele şi expectaţitle greşite ale acestuia din urmă şi le formulează sub forma unor ipoteze ce trebuie verificate. Se desemnează apoi modalităţile concrete de verificare a lor în viaţa cotidiană. Aceste experimente, menite să infirme opiniile eronate şi autoblocante, sunt astfel planificate încât să fie încununate de succes. Sarcinile sunt ierarhizate în funcţie de gradul de dificultate, astfel încât sarcinile mai uşoare vor fi duse la bun sfârşit înainte de abordarea unora mai dificile. Adesea pacientul şi terapeutul notează şi analizează activităţile cotidiene ale pacientului. Notarea activităţilor este deosebit de utilă pentru depresivi pentru că reduce tendinţa la inactivitate a acestor pacienţi cât şi tendinţa lor de a rumina gânduri în legătură cu ei înşişi.

Un loc important îl ocupă notarea evenimentelor pozitive pentru că mulţi depresivi şi-au pierdut capacitatea de a se bucura de ceea ce fac, de a obţine plăcere în urma propriilor activităţi.
Atât notarea evenimentelor pozitive cât şi administrarea unor recompense tind să sporească gradul de satisfacţie şi buna dispoziţie a subiecţilor.
Pacienţii sunt încurajaţi, de asemenea, să descopere afirmaţiile implicite şi gândurile automate care contribuie la formarea atitudinilor autodestructive. Ei sunt instruiţi să-şi monitorizeze conţinutul ideativ şi apoi să verifice permanent validitatea acestuia.

PSIHOTERAPIA PRIN INTERVENŢIE PARADOXALĂ

Paradoxurile au fascinat omenirea încă din cele mai vechi timpuri.

Este cunoscut paradoxul Igi Epimenides din Megara, care spunea:

Toţi cretanii sunt mincinoşi

Epimenides este cretan

Deci, Epimenides este mincinos.

Dar dacă Epimenides este mincinos, atunci afirmaţia „toţi cretanii sunt mincinoşi", trebuie să fie o minciună.

Psihoterapia prin paradox se bazează pe principiul că ne aşteptăm ca o persoană să se modifice, rămânând de fapt neschimbată. Cea mai simplă formă de paradox pragmatic sau terapeutic constă în prescrierea simptomului, cu alte cuvinte, aceasta înseamnă încurajarea pacientului să devină tot mai simptomatic.

Cristine Watson (1985) supunând conceptul de paradox şi psihoterapie prin intervenţie paradoxală metodei de explorare a opiniilor tip Delphi, realizează o sinteză a principalelor idei şi definiţii în legătură cu aceste concepte, elaborate de un grup de experţi. A rezultat că psihoterapia prin paradox este acel demers terapeutic, în cadrul căruia terapeutul: • Transmite un mesaj prin intermediul căruia limitează schimbarea pacientului sau a familiei aflate îh terapie.

• Transmite două mesaje contradictorii, dintre care unul corespunde contextului psiho-terapeutic şi care implică ideea că o schimbare ar trebui să aibă loc, iar al doilea mesaj transmis direct de către terapeut postulează faptul că schimbarea nu trebuie să aibă loc.

• Exagerează unele comportamente ale pacientului sau familiei sau foloseşte surpriza pentru a-i şoca şi a-i scoate dintr-un cadru de referinţă rigid.

• Contracarează modurile paradoxale şi absurde ale familiilor aflate în terapie de a-şi aborda problemele proprii printr-un paradox terapeutic.

• Localizează posibila funcţionare a compor-tamentului-problemă şi îl descrie ca pe un comportament care se menţine prin mecanisme homeostatice.

• Apreciază pozitiv comportamentele tuturor participanţilor la terapie în cadrul unui anumit context sau situaţie.

Trebuie precizat faptul că este paradoxală acea intervenţie a terapeutului pe care pacientul sau familia o percepe ca fiind lipsită de logică, contrară simţului comun sau irelevantă pentru scopurile terapiei. Nu atât intervenţia prin ea însăşi este paradoxală, ci modul în care aceasta este privită şi înţeleasă de pacient. Dintre definiţiile din literatura de specialitate preferate de participanţii din cadrul grupului de experţi investigaţi de W a t s o n (1985) menţionăm câteva:

1. O intervenţie prin paradox poate fi definită astfel: „în cadrul unui context în care pacientul vine la terapie pentru a se modifica, terapeutul îi cere să se comporte într-o şi mai mare măsură aşa cum nu doreşte pacientul, respectiv să producă şi mai mult comportamentul nedorit; ţinând seama de caracterul involuntar al com-

portamentului nedorit, terapeutul îl cere pacientului să producă în mod voluntar respectivul comportament (Madanes, 1981). 2.0 intervenţie paradoxală este orice indicaţie, comandă, predicţie, afirmaţie, care, dacă este urmată sau acceptată, va produce opusul a ceea ce solicită prin intermediul ei. Succesul intervenţiei paradoxale depinde de evitarea de către pacient sau familie a instrucţiunilor terapeutului sau de urmarea lor până la punctul absurdităţii şi apoi restructurarea prin ricoşeu (P a p p, 1980). 3. Intervenţia prin paradox este acea intervenţie menită să producă schimbări de ordinul II, respectiv schimbări în structura sistemului aflat în terapie (W a t z I a w i c k ş.a., 1974). Se poate spune, cu alte cuvinte, că intervenţia prin paradox, referitoare la un simptom constă în a solicita clientul (individ, cuplu, familie) să facă ceea ce ei fac deja, în viziunea terapeutului această

indicaţie putând contribui la o schimbare.
Acest tip de intervenţie conţine în sine un element de surpriză, fiind contrară unor expectaţii rezultate din context şi părând nelogică din punctul de vedere al acestor expectaţii ale pacientului.
P a I o z z o I i (1981) spunea că „oamenii sunt mai uşor influenţaţi atunci când aşteaptă un anumit mesaj şi primesc în schimb un mesaj cu totul diferit" (p. 45), iarEricksonşiRossi (1979) subliniau faptul că orice expectaţie de tip şoc sau surpriză fixează pentru moment atenţia şi întrerupe şirul vechilor asociaţii facilitând schimbarea.
Din acest motiv este eficient ca orientarea terapeutică să aibă drept scop modificarea cursului gândirii pacientului referitoare la problema sa. Dacă nu se procedează astfel, terapeutul
119
poate intra în jocul pacientului, repetând la nesfârşit aceeaşi secvenţă comportamentală şi făcând ca terapia să eşueze. Cheile demersului terapeutic prin paradox sunt „a gândi diferit" şi „a acţiona imprevizibil" (C a-d e, 1985).
Nu este încă suficient ca terapeutul să acţioneze imprevizibil, ci această imprevizibilitate trebuie să se refere la aspectele de esenţă ale demersului psihoterapeutic. fn cursul acestui demers trebuie stabilite noi conexiuni şi trebuie acordate noi semnificaţii diferitelor aspecte ale problemei care îl frământă pe pacient. Utilizarea paradoxului în terapie captează atenţia şi poate furniza un nou curs gândirii. Astfel, individul nemaiavând răspunsuri prestabilite va răspunde fa stimularea prin paradox printr-un comportament de căutare pentru a descoperi un răspuns adecvat. Datorită stimulului neaşteptat, pacientul poate intra spontan într-o stare de transă uşoară, care poate fi adâncită de terapeut sporind eficienţa demersului psihoterapeutic (L a n k t o n, 1985). Funcţionarea paradoxului se explică şi prin aceea că el reprezintă o modalitate de a sparge cercul vicios prin intermediul căuia un simptom este menţinut şi exacerbat (Este cunoscut faptul că, cu cât omul doreşte mai mult să adoarmă, cu atât rămâne el mai multă vreme treaz, instalându-se insomnia).
ISTORICUL ABORDĂRILOR
PSIHOTERAPEUTICE
PRIN INTERVENŢIE PARADOXALĂ
începuturile psihoterapiei prin intervenţie paradoxală au fost făcute de grupurile din Palo Alto, din cadrul Institutului de cercetări mentale,
120
şi s-au concretizat în lucrarea: „Aspectele pragmatice ale comunicării umane" a lui W a t z I a-wick, BeavinşiJackson (1967). Cu toate acestea este o eroare să spunem că tehnicile bazate pe paradox s-au născut o dată cu cercetările acestor specialişti, deoarece elemente ale acestor tehnici figurau fn mod implicit în diferite sisteme de psihoterapie. Astfel, încă A I f r e d (1914) a fost primul care a scris despre strategiile bazate pe paradox (Mazdzierz, Macchitelli şi L i s i e c k i, 1976).
D u n I a p (1928; 1930) a dezvoltat în psihoterapie procedeul denumit „practica negativă"care consta din prescrierea simptomului şi era utilizat pentru simptome ca onicofalogia, enurezisul sau balbismul Principiul „practicii negative" a fost aplicat şi de psihologii behawiorişti. Astfel, Huli (1943) a elaborat un sistem teoretic pentru a explica aceste practici, el punând la baza lor conceptul de „inhibiţie reactivă". Saţietatea de stimul i este o tehnică behavioristă mai recentă, tehnică ce se aseamănă cu metodele bazate pe paradox. Ea implică o expunere repetată şi intensivă la acţiunea stimulului dezirabil pentru pacient. Astfel, A y 11 o n, 1963 (cit. W e e k s şi L' A b a-t e, 1982) relatează cazul unui pacient care avea obiceiul să sfâşie prosoape. Personalul medical a fost instruit să-i pună la dispoziţie cât mai multe prosoape timp de 5 săptămâni, până când comportamentul simptomatic a dispărut.
Unul dintre cei mai reprezentativi precursori ai psihoterapiei prin paradox a fost F r

a n k I (1939), care a pus la punct un demers terapeutic bazat pe principii existenţiale, pe care l-a de-
121
numit logoterapie. Scopul logoterapiei era să-l determine pe pacient să-şi accepte în mod conştient responsabilităţile personale. Una din tehnicile de bază ale logoterapiei este „intenţia paradoxală" care constă în a solicita pacientului să facă să apară în mod voluntar simptomul. Intenţia paradoxală se bazează pe principiul că nevroza anxioasă şi reacţiile de tip fobie se caracterizează prin anxietate anticipatorie, care, la rândul ei generează condiţiile de care pacientul se teme. Intenţia paradoxală are rolul de a întrerupe cercul vicios în care se mişcă pacientul prin reducerea sau eliminarea anxietăţii de anticipare. F r a n k I sublinia faptul că el nu trata numai simptomul, ci modifica atitudinea pacientului faţă de nevroza sa. R o s e n (1953) este un alt terapeut care a contribuit la dezvoltarea terapiei prin intervenţia paradoxală. El a pus 1a punct un sistem de psihoterapie în care se pune accent pe re jucărea unor aspecte ale compoprtamentului psi hotic (când pacientul are tendinţa să se comporte bizar, terapeutul îi va recomanda să joace episodul morbid într-o manieră cât mai floridă, să „audă vocile" sau să „vadă vedeniile"). Această strategie avea drept scop descurajarea apariţiei simptomului şi ideeade a-l ajuta pe pacient să-şi elimine simptomul ca fiind „nebunesc".
Gestalt - terapeuţii utilizează adesea tehnica exagerării care presupune a cere clientului să repete şi să amplifice anumite gesturi în ideea că un gest poate fi o încercare incompletă de a comunica (LevitskyşiPearls, 1970). E m r i g h t (1970) prezintă un caz deosebit de sugestiv de amplificare a tehnicii exagerării: o
122
pacientă prezenta un tic caracterizat prin aceet* că făcea un gest rapid cu degetul pe braţ. Când mişcarea a fost amplificată, a rezultat că, de fapt, femeia făcea semnul crucii. Farrely(FarrelyşiBrandsma, 1974) a pus la punct psihoterapia provocată, care utilizează şi ea metode de intervenţie prin paradox. Acest tip de terapie are drept scop să producă un răspuns emoţional foarte puternic la pacient. Autorul utilizează mult tehnica exagerării simptomului. Elementul cheie al acestui tip de terapie este umorul, care a generat prin tehnici ca exagerarea, grimasele, distorsionarea, ridicolul, sarcasmul, ironia şl anecdotele.
Poate cel mai important precursor al psihoterapiei prin paradox a fost talentatul hip-noterapeut Mitton Erickson. Influenţa acestuia asupra dezvoltării domeniului psihoterapiei prin paradox este oarecum indirectă, majoritatea lucrărilor sale fiind prezentate de discipolul său H a I e y (1973) care a subliniat faptul căEricksona fost un maestru în utilizarea paradoxului atât în hipnoză, cât şi în psihoterapie în general. Erickson şi R o s i (1 975) identifică o serie de solicitări de tip conflictual utilizate în hip-noterapie, ca de pildă:
- oferirea unei alegeri libere între alternative comparabile („doreşti să intri în transă acum sau mai târziu?");
- solicitarea nivelului conştient cu efecte asupra nivelului subconştient („dacă subconştientul tău doreşte să intre în transă se va ridica mâna dreaptă, altfel se va ridica mâna stângă");
- utilizarea timpului ca agent al alternativei contradictorii (ex.: „doreşti să scapi de această
123
deprindere săptămâna aceasta sau săptămâna viitoare?").
Stephen LanktonşiCarol Lariton (1985) studiind lucrările lui E r i c k s o n sintetizează obiectivele terapiei de tip ericksonian astfel:
1. Abordarea structurală a sistemului din cadrul căruia face parte pacientul (psihoterapie de familie).
2. Inducerea unor modificări durabile în comportamentul individual.
3. Trasarea unor sarcini şi dezvoltarea unor comportamente adecvate nivelului de vârstă al pacientului.

4. Restructurarea atitudinală (modificarea sistemului de percepţii, atitudini şi convingeri ale pacientului).
5. Dezvoltarea la pacient a unei flexibilităţi afective şi emoţionale.
6. Modificarea gândirii legate de imaginea de sine (Se dezvoltă capacitatea pacientului de a anticipa modul în care va folosi noile soluţii în situaţii variate; este vorba de a se imagina pe sine competent şi capabil de a rezolva anumite situaţii).
7. Utilizarea paradoxului conform căreia bucuria de viaţă are la bază un mare efort de autodisciplină. •

fn terapiile sale, E r i c k s o n utiliza frecvent sistemul de inducţie hipnotică dublă, cu doi terapeuţi, care dădeau adesea sugestii contradictorii pacientului.
Studii interesante şi recente asupra psiho-terapiei prin paradox au prezentat şi Pallozolli, Cecchin, Prata şi Boscolo (1978) Week şi UAbate (1982); 1985), Watson (1985), Cade (1985) Frankl (1985), Lankton (1985), Rohrbaugh (1985), Madanes (1984) ş.a.

NATURA UMANĂ
Şl TEORIA PARADOXALĂ
A SCHIMBĂRII

W a t z I a w i c k ş.a. (1974) arată că există două tipuri de modificări ale comportamentului:
a. Modificări de ordinul 1, în cadrul cărora sistemul în sine rămâne neschimbat, în timp ce părţile cu elementele sale se modifică. Aceste modificări sunt liniare, mecaniciste, cantitative, ele implicând utilizarea mereu a aceloraşi strategii de rezolvare de probleme. De pildă, tatăl încearcă să rezolve tulburarea de comportament a fiului pedepsindu-l din ce în ce mai mult, ceea ce nu rezolvă problema, interacţiunea dintre tată şi fiu rămâne neschimbată.
b. Modificări de ordinul 2, care se referă la schimbarea sistemului în ansamblu. Ele sunt bruşte şi radicale, reprezentând un salt al sistemului la un alt nivel de funcţionare, fn acest caz modificarea este de natură calitativă, nu este previzibilă în mod logic şi apare adesea brusc, nelogic, neaşteptat.
Intervenţiile prin paradox produc modificări comportamentale de ordinul 2. (De pildă, tatăl încearcă să aplice o metodă complet diferită şi neaşteptată ca de exemplu aceea de a-şi încuraja fiul să se poarte urât). Simptomul a fost considerat în mod tradiţional ca un comportament bizar, străin, necontrolabil, reprezentând o slăbiciune a omului. El a fost tratat de către psihoterapia tradiţională ca un duşman al purtătorului său şi al terapeutului, sarcina comună a acestora fiind de a lupta împotriva lui, de a-l vindeca. Psihoterapia prin

paradox consideră simptomul ca pe un prieten sau un aliat al pacientului, care va trebui să coopereze cu propriul simptom. Simptomul este acela care face schimbarea posibilă, motiv datorită căruia se cere pacientului să continue sau să exagereze producerea simptomului. Simptomele trebuie abordate în mod dialectic în termeni de opoziţie, bipolaritate, contradicţie (Rychlak, 1976).
Milton Ericksonerade părere că simptomul este un mod al pacientului de a comunica cu terapeutul. Acesta trebuie să-şi pună întrebarea în ce mod simptomele sunt adaptive pentru pacient, ce beneficiu obţine acesta de pe urma lor.
Astfel, primul pas în cadrul terapiei prin paradox este accentuarea părţii pozitive a simptomului, urmată de redefinirea acestuia în termeni pozitivi. O abordare în termeni pozitivi a simptomului poate oferi pacientului sentimentul autocontrolului, al stăpânirii situaţiei. S t a n t o n (1981 b) ne prezintă o abordare strategică (sistemic paradoxică) asupra disfuncţiei:
a. Simptomul trebuie privit ca un tip particular de comportament care funcţionează ca un mecanism homeostatic care reglează tranzacţiile familiale.
b. Problemele pacienţilor nu trebuie abordate separat din contextul în care apar şi separat de funcţiile cărora le servesc.

c. Nu trebuie să ne aşteptăm ca un individ să se schimbe prea mult, dacă nu se schimbă sistemul din care face el parte (familial, de pildă).
d. Insight-ul (iluminarea) în sine nu este un precursor absolut necesar al schimbării.
Scopul simptomului constă în a menţine sistemul nemodificat, îngheţat în repetiţii de tip
126
cerc vicios sau de a creşte frecvenţa comportamentelor de tip apatic sau abuziv care, în cele din urmă, pot să destrame însuşi sistemul fn cadrul căruia au apărut (U A b a t e, 1985). Se produce următorul fenomen: sistemul integrat într-un proces patologic îşi păstrează echilibrul de forţe prin aceea că membrul său cel mai slab, de regulă purtătorul de simptom, capătă putere şi control asupra întregului sistem.

SIMPTOMUL CA METAFORĂ

Madanes(1984) afirmă că simptomul este un mesaj care poate exprima altceva decât apare în mod explicit (are un sens secundar).
Astfel, când un copil spune că îl doare capul, el se poate referi la mai multe tipuri de dureri. El poate spune că sentimentele sale sunt lovite şi „ii dor", că mama sa suferă sau poate cere în mod indirect ajutor la lecţii, fn acelaşi timp, un tip sau o secvenţă de interacţiune între doi sau mai mulţi indivizi poate avea sens metaforic. Când o familie se prezintă la terapie, terapeutul trebuie să fie atent dacă nu cumva problema pe care aceasta o ridică, este o metaforă pentru un alt tip de comportament, lată, pentru exemplificare, o secvenţă (Madanes, 1984): Tatăl vine de la serviciu anxios şi îngrijorat de faptul că ar putea fi concediat. Soţia încearcă să-l încurajeze, iar copilul dezvoltă un astm bronşic. Tatăl începe să aibă grijă de copil, îl încurajează, îi administrează tratamentul. El nu mai este omul speriat că va fi concediat, ci omul competent.adultul sigur de sine în relaţia cu copilul. Este oare posibil să-şi fi planificat copilul comportamentul pentru a-şi ajuta tatăl? Aceste
127
comportamente sunt, de regulă, neconştientizate. Această încercare a copilului de a-şi ajuta părinţii creează adesea o problemă mai gravă decât cea iniţială, pentru că puterea copilului izvorâtă din simptom, asupra părinţilor poate deveni exagerată. Când „planul" copilului este demascat, strategia de rezolvare a problemei devine r1 "dentă: a aranja un nou tip de interacţiune în cadrul sistemului familial, care duce la acelaşi rezultat, dar în absenţa simptomului. Uneori, aceste planuri pot avea şi un caracter conştient deliberat („dacă sunt bolnav tata nu o să mai plece de acasă şi nu o să mai bea"). Este, însă posibilă şi varianta în care tatăl poate solicita în mod inconştient respectivul comportament din partea copilului sau acesta este solicitat de mamă, pentru a se elibera de necesitatea de a-şi susţine soţul. Atunci când comportamentul problemă reprezintă o metaforă pentru un alt compprta-ment problemă, apare o incongruenţă în organizarea ierarhică a sistemului familial (de pildă, copilul preia poziţia de leader al familiei). Sarcina terapeutului este să înţeleagă tipul de relaţii, să modifice metaforele, să aranjeze redistribuirea beneficiilor şi să^ renegocieze contractele dintre parteneri, fn cadrul acestor strategii psihoterapeutice, tehnicile bazate pe paradox au un rol însemnat.

INDICAŢIILE NOZOGRAFICE
ALE PSIHOTERAPIEI
PRIN INTERVENŢIE PARADOXALĂ

S t ant o n (1981 b) (Cit. Week sşi L1 Abat e, 1981) studiind literatura de specialitate a găsit că intervenţia prin paradox a fost utilizată cu
128
succes în următoarele situaţii: tulburări legate de adolescenţă, alcoolism, alte forme de toxicomanie, anorexie şi dezordini alimentare, anxietate, astm, tulburări de comportament, delicventă, probleme emoţionale ale copiilor, depresie, enurezis, encomprezis, homosexualitate, cecitate isterică, crize de identitate, fugă de acasă (vagabondaj), probleme maritale, comportament obsesiv-compulsiv, idei obsesive, paranoia, depresii şi psihoze post-partum, ejaculare precoce, logofobie, schizofrenie,

probleme şcolare, alte probleme sexuale, tulburări de somn, balbism, tentative de suicid, transpiraţii excesive, stări de vomă, dureri de stomac, probleme de muncă. Opinia noastră, formată în urma consultării literaturii de specialitate şi a experienţei clinice, este că trebuie să fim mai rezervaţi în ceea ce priveşte prescrierea acestei forme a psihoterapiei în psihoze (schizofrenie, paranoia, depresii endogene), cât şi în domeniul comportamentului suicidar. fn cazul psihozelor, afecţiuni de etiologie endogenă esenţial este tratamentul medicamentos, psihoterapia în diversele forme putând fi utilizată ca adjuvant în stările de remisiune. fn ceea ce priveşte comportamentul suicidar, cu excepţia celui de tip demonstrativ considerăm intervenţia psihoterapeutică insuficientă. Mai mult o psihoterapie prost condusă, realizată de către un terapeut lipsit de experienţă nu poate preîntâmpina punerea în aplicare a tentativelor de suicid.
Weeks şi L' Abate (1982) susţin că „terapist-killerii" şi toxicomanii psihoterapiei rezistenţi la alte tipuri de psihoterapie reacţionează pozitiv la psihoterapia prin intervenţie paradoxală.
129
„Terapist-killerii" sunt acei subiecţi care au făcut un număr de psihoterapii fără succes şi care, parcă simt o satisfacţie în a arăta cât de lipsite de eficienţă au fost acestea. Toxicomanii psihoterapiei sunt acei pacienţi care reuşesc să trăiască pentru şedinţa lor de psihoterapie, ei căutând ajutor dar reuşind totdeauna să-l saboteze. Pentru aceşti pacienţi rezistenţi terapia a devenit mai curând o parte a problemei decât o parte a soluţiei, terapeutul fiind prins în sistem în aşa fel încât problema este menţinută (pacientul continuă psihoterapia dar nu se vindecă).
fn ceea ce priveşte intervenţia prin paradox în psihoterapia de familie, s-a constatat că aceasta este utilă când familia în ansamblu sau unul din subsistemele sale se află în criză de dezvoltare. Familiile prezintă o serie de disfuncţii în cazul cărora intervenţia prin paradox este indicată.
• Când membrii sistemului familial sunt legaţi unul de altul prin intermediul unui comportament de luptă.
• Când se constată în cadrul sistemului familial lipsa dorinţei de a coopera şi de a stabili acorduri.
• Când familia ca sistem are tendinţa de a continua şi perpetua la nesfârşit aceleaşi scheme de comportament în ciuda tuturor tipurilor de intrervenţii.
• în sistemele familiale în care copiii sau adolescenţii au un comportament menit să ducă la dezbinarea părinţilor.
• fn sistemele familiale unde se utilizează frecvent comunicări bazate pe descalificare (Weeks şi L'Abate, 1982).
Aceiaşi autori consideră că, deşi psihoterapia prin intervenţie paradoxală este utilă într-o multitudine de situaţii, ea este totuşi contraindicată în următoarele cazuri:
130
• fn situaţia în care pacientul nu este implicat activ în procesul terapeutic (subiecţi aduşi cu forţa la psihoterapie de instanţe judecătoreşti sau de familie).
• Sociopaţii, care adesea au tendinţa de a modifica sarcina terapeutică în folosul lor, potrivit propriilor nevoi.
• Paranoizii, care pot sesiza „păcăleala" ascunsă în intervenţia terapeutică, fapt ce-i determină să devină suspicioşi şi prudenţi.
• Pacienţi cu comportament destructiv-suicidar sau homicidar. E de la sine înţeles că terapeutul nu va prescrie comportamentul suicidar. Totuşi, comportamente de acest tip au fost tratate prin intervenţii de tip paradoxal de către Farretly(FarrellyşiBrandsm a, 1974), care a provocat la aceşti pacienţi un răspuns afectiv puternic (furie), criticându-le metodele alese pentru sinucidere şi făcând sugestii absurde în legătură cu modul cel mai potrivit de a se sinucide.
Noi susţinem în continuare ideea că utilizarea acestui gen de intervenţie la suicideri este riscantă şi este mai indicat să fie evitată. Rohrbaughş.a. (1977) a arătat că intervenţia prin paradox este nepotrivită în situaţii de criză şi instabilitate.

Problemele de tipul decom-pensărilor acute, reacţiilor de doliu, de pierderea situaţiei profesionale nu trebuie abordate prin metode bazate pe paradox. F i s h e r ş.a. (1981) au identificat 4 modele familiale în cazul cărora intervenţia prin paradox este contraindicată:
1. La familiile haotice, cu structuri vag conturate, care nu prezintă o problemă clară sau un comportament psihopatologic care se repetă.
2. La familiile imature, unde părinţii infantili caută în terapeut o figură de tip parental.

3. La familiile impulsive care îşi exprimă comportamentul ostil în mod deschis şi neadecvat; aceste familii pot să înţeleagă paradoxul într-un mod destructiv.
4. La familiile care tind să plaseze asupra altora responsabilitatea legată de propriile probleme şi care acceptă intervenţia manifestând o opoziţie slabă, fără comportament negativ.

CONDIŢIILE PE CARE TREBUIE
SĂ LE ÎNDEPLINEASCĂ INTERVENŢIA
PSIHOTERAPEUTICĂ PRIN PARADOX

H a I e y (1976) a pus în evidenţă o serie de reguli sau condiţii pe care trebuie să le îndeplinească această metodă de psihoterapie:
• Relaţia terapeutică trebuie definită ca o relaţie care atrage după sine o schimbare (acest contract poate avea un caracter implicit).
• Problema de rezolvat trebuie să fie clar definită.
• Scopurile şi obiectivele terapiei trebuie precizate cu maximă claritate.
• Terapeutul trebuie să ofere pacienţilor un plan sau o strategie de urmat.
• Persoana din familie care acţionează ca autoritate în ceea ce priveşte menţinerea problemei de rezolvat trebuie descalificată cu tact.
• Terapeutul trebuie să dea pacientului sau familiei o sarcină sau directivă cu conţinut paradoxal, care nu face decât să încurajeze comportamentul simptomatic.
• Terapeutul nu pretinde că ar produce ameliorarea, aceasta fiind pusă pe seama pacientului sau familiei. Mai mult, terapeutul îşi exprimă mirarea când ameliorarea se produce, deoarece el este cel care prescrisese simptomul sau prevăzuse recăderea.

PRINCIPIILE PSIHOTERAPIEI
PRIN PARADOX
(adaptat după W e e k s şi L' A b a t e, 1981)

1. Modificarea sistemului de referinţă din care este abordat simptomul, acesta fiind valorizat pozitiv în faţa pacientului.
2. Abordarea sistematică a problemei de rezolvat. Simptomul nu este privit izolat ci este în mod necesar legat de sistemul familial în care este înglobat pacientul.
3. Producerea voluntară a simptomului. Realizarea intenţională a acestuia face ca subiectul să devină responsabil de amplitudinea simptomului.
4. Prescrierea unei secvenţe de intervenţii paradoxale care să se eşaloneze în timp, pentru a împiedica reapariţia comportamentului simptomatic. Cel mai frecvent se utilizează următoarea secvenţă de intervenţii terapeutice:
- valorizarea pozitivă a simptomului;
- prescrierea simptomului;
- prevederea unor recăderi;
- prescrierea unor recăderi.
5. Implicarea activă a pacientului în demersul psihoterapeutic.

Frecvent se recurge la prescrierea ritualizată a simptomului (loc, timp, modalitate de desfăşurare) sau la condiţionarea tehnicii paradoxale de un alt eveniment care va avea loc în mod sigur (ex.: de câte ori apare persoana X, pacientul trebuie să manifeste simptomul).

DESCRIEREA PRINCIPALELOR TEHNICI Şl STRATEGII BAZATE PE PARADOX

Tehnicile prin paradox pot să se adreseze indivizilor, cuplurilor sau familiilor.
133
Weekssşi U Abate (1982) disting trei categorii de tehnici bazate pe paradox:
- Tehnici de categoria I - de nivel individual: intervenţia psihoterapeutică este îndreptată asupra unui singur subiect.
- Tehnici de categoria a ll-a - de nivel interacţional: intervenţii prin paradox care se întrepătrund şi sunt dirijate spre unul sau mai mulţi subiecţi luaţi ca indivizi izolaţi.
- Tehnici de categoria a lll-a - de nivel tranzacţional sau sistemic: intervenţia prin paradox este îndreptată asupra unor comportamente aflate în interacţiune în cadrul unui sistem. De regulă, aceste tehnici se aplică în cazul psihoterapiei de familie.
Rohrbaugh ş.a. (1977, 1981) au împărţit intervenţiile prin paradox în două mari grupe, după modul în care pacientul acceptă sau respinge intervenţia:
a. Strategii paradoxale bazate pe colaborare. în cadrul acestor tehnici modificarea comportamentală se obţine atunci când pacientul încearcă să îndeplinească prescripţiile terapeutice paradoxale.
Aceste strategii bazate pe complezenţă acţionează în două moduri: fie pacientul va găsi că e imposibil să se conformeze prescripţiilor terapeutului, fie aceste prescripţii vor crea o situaţie aversivă sau primitivă pentru pacient (Tennen, 1977,1981).
Acest tip de intervenţie se potriveşte pentru tratarea obsesiilor, atacurilor de panică şi a altor tipuri de simptome împotriva cărora pacienţii au tendinţa de a lupta.
b. Strategii paradoxale bazate pe opoziţie. Se bazează pe ideea că pacientul se va opune îndeplinirii directivelor axate pe paradox.
134
Terapeutul fşi propune ca pacientul să nu îndeplinească ceea ce i se cere şi prin aceasta să se modifice. O astfel de strategie este utilizată cu succes la cuplurile care se ceartă fn continuu şi cărora li se prescrie să se certe în continuare sau li se spune că nu sunt pregătite încă să renunţe la certuri, fn astfel de cazuri terapeutul nu face altceva decât să-l determine pe pacient să lupte cu el în loc să lupte cu partenerul.
Weeks şi L'Abate (1982) descriu ca fiind cel mai frecvent folosite următoarele tehnici bazate pe paradox:
1. Schimbarea sistemului de referinţă. Constă în modificarea semnificaţiei acordate simptomului, respectiv în conferirea unei semnificaţii pozitive unui comportament patologic (se mai numeşte şi procedeul conotaţiei pozitive -Pa lazzoli ş.a., 1978a).
Peggy Papp (1977) utilizează aşa-numita conotaţie pozitivă cu unul din cazurile ei. Astfel, ea dă unei paciente indicaţia să continue să se comporte ca o persoană neajutorată şi incompetentă pentru că aceasta îi dă soţului ei şansa să arate cât este el de puternic, activ, grijuliu şi protector. Dându-şi seama de consecinţele negative ale comportamentului ei, pacienta face tentative să se schimbe.
2. Reetichetarea.
Constă în modificarea etichetării unei persoane sau situaţii, fără a modifica în mod necesar şi sistemul de referinţă din care acesta este privită. De regulă, eticheta „rea" se înlocuieşte cu una „bună", punându-se accentul pe pozitiv, adap-tativ, normal.
Reetichetarea modifică atitudinea pacientului faţă de propria persoană şi faţă de propriul comportament. Noua etichetă poate conţine în sine ideea că simptomul este un „instrument" al schimbării, creând la pacient setul cu privire la
135
faptul că schimbarea este iminentă. în acelaşi timp, acest procedeu dă pacientului şi un sentiment sporit de autocontrol. H a I e y (1973) descrie un caz tratat de E r i c k-s o n în care un tânăr, cu reputaţie de play-boy, a fost impotent în noaptea nunţii. Mireasa s-a simţit dezamăgită şi a reacţionat agresiv respingând partenerul.
Tehnica reetichetării a constat în aceea că terapeutul a făcut afirmaţia că impotenţa tânărului a fost un compliment la adresa frumuseţii doamnei. El a fost atât de copleşit de frumuseţea acesteia încât s-a simţit şi chiar s-a manifestat incompetent în faţa acestei frumuseţi.

3. Prescrierea simptomului. Este cea mai răspândită tehnică a psihoterapiei prin paradox.
După Rohrbaugh ş.a. (1977) mesajele care stau la baza acestei tehnici sunt:
- „pentru a scăpa de simptomul tău, păstrează-l sau exagerează-l";
- simptomul involuntar capătă un caracter voluntar.
Z e i g (1980 a) descrie cinci tehnici menite să crească şansa ca pacientul să realizeze ceea ce îi recomandă terapeutul:
- găsirea unei motivaţii adecvate pentru prescrierea simptomului;
- prescrierea indirectă (simptomul este prescris în mod ambiguu ca de pildă: „nu face nimic în legătură cu problema săptămâna aceasta şi apoi vom mai vedea cât este ea de gravă");
- prescrierea simptomului în aşa fel încât pacientul să aibă posibilitatea să respingă unele din directive (se pot prescrie anumite condiţii în care să se producă simptomul iar pacientul îşi poate descărca rezistenţele neexecutând o parte a sarcinii);
136
- stimularea curiozităţii pacientului (i se spune că i se va trasa o sarcină specială atunci când va veni momentul potrivit);
- prescrierea unei mici modificări în modul de producere sau trăire a simptomului (de pildă, i se poate sugera pacientului să se concentreze pe sentimentele asociate cu simptomul, fără a menţiona gândurile legate de acesta).
H a r e - M u s t i n (1975) a utilizat următoarea strategie cu un copil de 4 ani care prezenta crize de afect: copilului i s-a spus că poate continua să aibă crizele respective, dar numai într-un loc special din casă. fn şedinţele următoare copilul singur a stabilit momentul din zi când va avea exploziile sale de furie. După a treia şedinţă, crizele s-au redus simţitor. Terapeutul şi-a exprimat îngrijorarea în legătură cu reducerea crizelor şi a cerut copilului să fixeze pentru săptămâna viitoare o zi când va face criza. După scurt timp, copilul a renunţat total la crize. P a I a z z o I i şa. (1978 b) a pus la punct tehnica denumită „prescriere ritualizată", tehnică utilizată în familiile unde pacienţii sunt copii. Modelul prescripţiei ritualizate este următorul: fn zilele de marţi, joi şi sâmbătă, începând de mâine şi până la şedinţa viitoare, între orele X şi Y, când toată familia e acasă, indiferent ce face pacientul Z (se menţionează comportamentul simptomatic), numai tatăl va hotăra ce e de făcut cu copilul, mama comportându-se ca şi cum nu ar fi prezentă. în zilele de luni, miercuri şi vineri, numai mama va avea dreptul să reacţioneze la comportamentul copilului Z. Duminica toată lumea trebuie să se comporte în mod spontan. Fiecare partener trebuie să înregistreze greşelile celuilalt. Atunci când acest lucru este posibil chiar copilul poate fi cel care notează greşelile părinţilor în comportamentul faţă de el.
137
Prescrierea simptomului se poate realiza în legătură cu anumite repere de timp, evenimente interne sau acţiuni ale celorlalţi. O formă cunoscută este „programarea simptomelor" (Newton, 1968) care implică stabilirea unui timp şi a unei durate când simptomul trebuie să se manifeste.
4. Frânarea (reţinerea).
în cursul unei terapii se aşteaptă ca terapeutul să fie suportiv. Acest tip de abordare poate duce la dependenţa exagerată a pacientului faţă de terapeut. Când sunt semne că nu se mai produce nici o modificare, terapia trebuie terminată.
Frânarea este o tehnică pentru a evita problemele de mai sus. Mesajul de frânare (reţinere) are textul următor (Rohrabaugh ş.a., 1977): „pentru a te schimba, rămâi acelaşi, sau renunţă!".
Tehnicile de frânare pot fi utilizate în diverse momente ale desfăşurării terapiei pentru a facilita sau menţine schimbările deja obţinute.
5. Inhibarea sau interzicerea schimbării. Este o metodă care dă rezultate mai ales cu subiecţii rezistenţi la schimbare. Inhibarea schimbării se realizează prin instrucţiuni de genul: „nu te modifica mai repede decât poţi", sau „poţi să te

schimbi, dar fă-o încet şi cu prudenţă!".
Interzicerea schimbării se poate realiza fie prin însăşi prescrierea imptomului („doresc să continui să faci aceasta în aşa fel încât să putem vedea cât de des apare", sau „simptomul tău vrea să-ţi spună ceva important pentru tine; aş dori să faci următorul experiment: săptămâna viitoare nu mai face eforturi să-ţi inhibi comportamentul simptomatic şi încearcă să observi ce se întâmplă"), fie direct, spunându-i-se pacientului să nu se angajeze în schimbarea compor-

tamentului pe care doreşte să-l schimbe. Această tehnică se utilizează frecvent în terapia tulburărilor sexuale (se interzice pacientului să aibă relaţii sexuale un timp, apoi i se spune că poate avea relaţii sexuale doar în anumite condiţii special prescrise). Motivul interdicţiei este reducerea anxietăţii de performanţă legată de activitatea sexuală.
O formă extremă de a aborda rezistenţele la schimbare constă în declararea în faţa pacientului a faptului că schimbarea e imposibilă.
6. Prezicerea recăderilor.
Pacientului i se spune că simptomul va reapare dintr-o dată. fn felul acesta, dacă simptomul reapare într-adevăr, terapeutul este cel care a prezis acest lucru, deci el are simptomul sub control. Dacă nu reapare, simptomul se află sub controlul pacientului. Când respectivul simptom se află sub controlul cuiva, el este mai puţin anxiogen şi dezorganizator. Mulţi pacienţi privesc reapariţia simptomului ca pe o provocare în care singurul mod de a dovedi că terapeutul nu a avut dreptate este ca recăderea să nu se producă. Adesea este avantajos sau numai să se prevadă, ci chiar să se prescrie recăderea.
7. Exagerarea poziţiei pacientului Această strategie se aplică atunci când terapeutul acceptă şi exagerează poziţia clientului său, cât şi afirmaţiile pe care le face acesta despre el însuşi. De regulă, pacientul tinde să fie în opoziţie cu alte persoane, inclusiv cu terapeutul.
fntărind verbal poziţia pacientului, terapeutul practic îl forţează să adopte un alt tip de comportament.
M a d a n e s (1984) descrie câteva strategii bazate pe paradox, utilizate de ea cu succes în psihoterapia de familie.

1. Solicitarea părinţilor unui copil problemă să ceară copilului să prezinte comportamentul problemă sau reprezentarea lui simbolică. (De pildă, părinţii unui copil piroman erau instruiţi să-i ceară acestuia să dea foc la ceva de 20 de ori pe zi, în prezenţa şi sub supravegherea tatălui).
2. Terapeutul indică părintelui să solicite copilului simptomatic să simuleze că prezintă simptomul.
Părinţii trebuie să critice execuţia simulată a simptomului şi să se comporte exact aşa cum se comportă de obicei atunci cînd copilul prezintă simptomnul în mod real. Această tehnică se utilizează atunci când avem de-a face face cu un comportament involuntar şi când terapeutul realizează faptul că beneficiul interpersonal şi dependenţa faţă de ceilalţi derivă din comportamentul simptomatic. Dacă beneficiul este descoperit, terapeutul trebuie să aranjeze lucrurile astfel încât acesta să fie menţinut în absenţa comportamentului patologic respectiv.
Această abordare este potrivită când beneficiul este unul pozitiv şi constă în obţinerea unor demonstraţii de afecţiune, atenţie, a faptului de a fi împreună cu a altor beneficii care nu sunt nocive pentru nimeni. Strategia nu se utilizează când beneficiul constă în a-şi exprima ostilitatea sau chiar a lovi pe cineva.
3. Prescrierea mimării funcţiilor simptomului. Membrii familiei trebuie să efectueze sub formă de joc ceea ce terapeutul consideră că ar reprezenta funcţia simptomului (de pildă, dacă fiica are tendinţe de suicidere, mama trebuie să joace rolul de depresivă pentru ca fiica să aibă grijă de ea).
Această strategie e potrivită atât pentru comportamentele voluntare, cât şi pentru

cele in-
140

voluntare, atunci când terapeutul înţelege că beneficiul obţinut de copil din simptom este util unui alt membru al familiei (de pildă, tentativa de suicid a fiicei o împiedică pe mamă să părăsească pe tată).
Strategia poate fi aplicată numai atunci când terapeutul a sesizat corect secvenţa metaforică a comportamentului. Ea este adecvată numai atunci când beneficiul obţinut din simptom este de natură pozitivă.
4. Prescrierea unei răsturnări în ierarhia familială.
Se poate prescrie, de pildă, copilului să aibă grijă de părinţi.
Această strategie se utilizează când părinţii apar ca incompetenţi, neajutoraţi, plângându-se în continuu că le-au scăpat copiii de sub control, sau când părinţii manifestă comportamente de-viante (acoolism, delicventă, toxicomanie). Puşi în această situaţie paradoxală, părinţii tind să-şi corecteze comportamentul şi să manifeste ceva mai multă responsabilitate faţă de copii.
5. Contractele paradoxale.
Strategia constă în a corecta două comportamente problematice la doi membrii diferiţi ai familiei, astfel încât dacă o persoană se angajează în comportamentul simptomatic, cealaltă persoană trebuie să facă la fel. Ipoteza care stă la baza acestei strategii constă în aceea că persoana cu comportament simptomatic încearcă să ajute pe unul din membrii familiei. Dacă se răstoarnă situaţia şi comportamentul simptomatic devine nociv în loc să fie util din punctul de vedere al echilibrului sistemului familial şi dacă un comportament normal va ajuta cealaltă persoană, atunci simptomul problemă va dispărea. (De pildă, dacă tatăl continuă să bea, fiica anorectică va
141
refuza în continuare să mănânce; dacă tatăl nu mai bea, fiica va reîncepe să mănânce). Această strategie nu se utilizează dacă terapeutul sesizează prezenţa unor relaţii bazate pe ostil itatate între membrii familiei.
6. Prescrierea simptomului cu modificarea persoanei care va prezenta comportamentul simptomatic în cadrul sistemului familial. Autoarea porneşte de la ipoteza că dacă un alt membru al familiei va prelua rolul problemă, cel cu simptomul va fi liber să dezvolte alte tipuri de comportament. Această strategie este indicată în cazuri severe cum ar fi comportamentele antisociale, delicventa, unele comportamente bizare.
Se presupune în aceste cazuri că persoana cu simptom reprezintă de fapt o metaforă pentru o altă problemă din familie, prima abătând atenţia familiei de la conflictul cu o altă persoană. Din discuţii poate reieşi conflictul real, terapeutul făcând încercarea de a-l rezolva pe acesta pentru a nu mai fi necesară abordarea lui metaforică.
Nici această strategie nu se utilizează când se constată că beneficiul secundar se bazează pe ostilitate.
7. Prescrierea comportamentului simptomatic cu modificări de context.
Terapeutul indică unde, când şi cumva avea loc simptomul. Strategia aceasta se bazează pe ipoteza că modificarea contextului face imposibil ca simptomul problemă să fie o reacţie la comportamentul altui membru al familiei. Adesea, modificările de context scot la iveală conflictul real.
8. Indicarea unor rutine cu conţinut paradoxal. Strategia constă în a stabili un acord între membrii familiei astfel încât comportamentul problemă să aibă nişte consecinţe neaşteptate,
142
consecinţe pe care simptomul avea menirea de a le evita. (De pildă, o soţie făcea în mod obsesiv curăţenie. Terapeutul observă că de fapt ea dorea să evite, să fie în compania soţului şi prescrie următoarea rutină: dacă soţia continuă să facă

curăţenie după ora 5, soţul o va obliga să stea în pat lângă el şi să se uite la TV). Nu este obligatoriu ca rutinele indicate să fie neapărat paradoxale, acestea trebuie însă să se bazeze pe o ipoteză corectă cu privire la ceea ce doreşte să evite persoana simptomatică. Această strategie se utilizează la cuplurile maritale în cadrul cărora unul din membrii prezintă fobii, anxietate sau comportamente compulsive şi când scopul comportamentului simptomatic este de a evita partenerul, de a aduce înapoi pe cineva, de a face pe cineva să obţină un avantaj asupra celorlalţi.
9. Limitarea alternativelor şi crearea la pacient a iluziei că nu are de ales.
Această strategie se potriveşte mai curând situaţiilor de viaţă decât celor cu aspect psihopatologic.
Există persoane foarte dotate, care din cauza faptului că au prea multe posibilităţi devin nefericite de ceea ce au în prezent, punându-şi mereu problema dacă o altă alegere nu ar fi fost mai bună.
De pildă, o soţie nu ştie exact dacă vrea să se devoteze ca soţie sau doreşte să desfăşoare o activitate profesională. Terapeutul îi prezintă ca alternativă unică pe cea de soţie, forţându-i alegerea. Femeia optează pentru activitatea profesională şi astfel căsătoria se ameliorează, soţia încetând să-şi sâcâie soţul care era foarte ocupat.
10. Crearea iluziei că pacientul (de regulă copil) este singur pe lume.

Frecvent în terapia de familie se poate ivi situaţia următoare: cu cât terapeutul fi împinge mai mult pe părinţi să acţioneze responsabil şi să aibă grijă de copil, cu atât acesta devine mai neajutorat şi mai incompetent şi cu atât mai mult părinţii au tendinţa de a-l respinge. Scopul acestei strategii este de a sparge cercul vicios în care s-a plasat familia. Pentru aceasta i se spune copilului că nu poate conta decât pe sine însuşi.
Psihoterapia prin paradox este un model psihoterapeutic centrat pe simptom, fn cadrul acestui tip de psihoterapie nu se consideră necesară descoperirea motivaţiilor profunde care stau la baza apariţiei simptomului, autorii sistemului fiind de părere că modificarea se poaate produce şi în absenţa cunoaşterii acestora, fn definirea problemei accentul cade pe întrebările: cine?, ce?, unde?, cînd? şi nu pe întrebarea de ce?
Acest gen de terapie permnite combinarea unor tehnici prin intervenţie paradoxală cu alte tehnici de psihoterapie scurtă, într-o manieră electică.
PREZENTĂRI DE CAZURI
1. Intervenţia psihoterapeutică prin paradox în cazul unor crize cu aspect funcţional.
Pacienta N.V. în vârstă de 16 ani are frecvente internări pentru crize de pierderea cunoştinţei. Ea a primit numeroase diagnostice, inclusiv pe cel de epilepsie, deşi E.E.G.-ul era normal. Ultimul diagnostic stabilit la Spitalul Dr. Gh. Marinescu a fost de crize cu aspect funcţional. Tânăra era unicul copil al unei familii de intelectuali, cu bune posibilităţi materiale, îrisă cu mari conflicte între părinţi, conflicte ce au culminat

cu divorţul acestora, pacienta rămânând cu mama. Crizele pacientei au debutat la vârsta de 11 ani, la scurt timp după separarea părinţilor, care au mai continuat să locuiască împreună încă aproape un an de la divorţ. Am încercat să utilizăm o tehnică de relaxare, dar aceasta nu s-a dovedit potrivită deoarece pacienta era cuprinsă de anxietate şi declanşa aproape instantaneu criza, imediat după inducerea relaxării.
Ţinând seama de acest lucru, ne-am decis să utilizăm intervenţia de tip paradoxal, abordând terapeutic întreaga familie. Am utilizat una din strategiile lui M a d a n e s pentru familiile cu copii simptomatici, respectiv am cerut părinţilor fetei să solicite acesteia să simuleze că prezintă criza. Părinţii criticau modul în care se desfăşura criza, se asigurau dacă simptomul este mimat corect şi se comportau aşa cum se comportau în mod obişnuit când fata prezenta în mod real criza. Am invitat întreaga

familie la psihoterapie şi am instruit părinţii să ceară fetei să simuleze criza chiar în timpul şedinţei de psihoterapie. în timp ce fata simula criza, părinţii trebuiau s-o încurajeze şi s-o susţină. La început fata a acceptat dar foarte curând ea a refuzat să colaboreze fiind iritată de ideea de a pretinde că manifestă simptomul. La orice semn de irascibilitate sau lipsă de politeţe din partea fetei, părinţii şi terapeutul îi spuneau: „E bine! lată că de fapt te prefaci că ai criza" şi în acelaşi timp se grăbeau s-o încurajeze şi s-o susţină afectiv, fn două săptămâni crizele au dispărut şi nu s-au mai manifestat decât o singură dată, la deceseul bunicii, după care au dispărut din nou. Ipoteza care a stat la baza acestei intervenţii a fost că în acest caz crizele serveau scopului de
145
a-l aduce pe tată mai aproape de pacientă, de a-şi aduna părinţii împreună şi în general de a obţine atenţia celor din jur. Dică fata beneficia de atenţia ceior din jur datorită crizelor simulate, cele reale nu mai aveau nici un motiv să se producă. Pentru ca problema să nu mai reapară, terapeutul a stabilit, de comun acord cu părinţii, ca tatăl s-o viziteze pe fată de două ori pe săptămână, iar sâmbăta sau duminica părinţii divorţaţi să aibă un program comun cu fata. De asemenea, pentru a preîntâmpina faptul că încercările pacientei de a rămâne într-o poziţie privilegiată să ia din nou o formă patologică, am recomandat încurajarea înclinaţiilor ei artistice, sfătuind părinţii s-o înscrie la şcoala populară, la secţia de muzică uşoară. S-a constatat că după dispariţia crizelor pacienta a devenit capabilă să practice o tehnică de relaxare. în consecinţă, i s-a recomandat practicarea antrenamentului autogen cu sugestii ţintite de întărirea eului.
2. Aplicarea psihoterapiei prin intervenţie paradoxală la un caz de tulburare a dinamicii sexuale.
în cazul tulburărilor de dinamică sexuală pacientul nu luptă împotriva a ceva ca în cazul unei fobii sau a atacurilor de panică, ci pentru ceva, respectiv pentru a obţine o satisfacţie. Cu cât pacientul caută mai mult să obţină o satisfacţie sexuală, cu atât mai mult el riscă s-o piardă. După F r a n k I (1962), mecanismul producerii tulburării sexuale are două aspecte de bază:
- hiperintenţia
- hiperatenţia.
Cele două fenomene se întăresc unul pe altul şi tulburarea se fixează prin conexiune inversă.
146
Pacientul, care de cele mai multe ori a avut un eşec sexual întâmplător (pe fond de oboseală sau datorat altor factori conjuncturali) abordează activitatea sexuală cu anxietate an-ticipatorie. Temându-se de un nou eşec, pacientul se concentrează asupra propriei sale performanţe şi experienţe. Astfel, atenţia se abate de la partenеră şi de la acele stimulări care pot activa sexual partenera. Ca o consecinţă potenţa scade, ceea ce la rândul său produce hiperintenţia pacientului şi cercul vicios este gata.
Hiperintenţia este contracarată printr-o tehnică denumită de Frankl (1955) dereflecţie, prin care pacientul în loc să se autoobserve, trebuie să uite de sine. Tehnica dereflecţiei face parte din arsenalul de tehnici al logoterapiei. Pacientul P.A. în vârstă de 36 de ani este îndrumat la psihoterapie de către un medic de la Spitalul Militar Central, pentru tulburări de dinamică sexuală. în prealabil acesta a făcut numeroase investigaţii clinice şi de laborator care nu au evidenţiat nici o cauză organică pentru tulburarea sa (el a efectuat inclusiv investigaţii la Institutul de Endocrinologie). Pacientul, aviator, cu o activitate profesională solicitantă, în relaţii bune cu soţia şi tatăl a trei copii de care se simte foarte legat, are o legătură extraconjugală întâmplătoare pe care şi-o dorea fără consecinţe. Neşansa pacientului a fost că respectiva prietenă de ocazie întreţinea relaţii şi cu un personaj important din ierarhia profesională din care făcea parte pacientul, ceea ce a produs izbucnirea unui scandal cu consecinţe neplăcute pentru activitatea profesională şi

pentru viaţa de familie a pacientului (soţia află şi izbucnesc conflicte în familie). Consecinţa este instalarea tulburării de
147
dinamică sexuală, care începe cu ejaculare precoce şi continuă cu tulburări de erecţie. Constatând absenţa oricăror cauze organice care stau la baza tulburării, medicul militar îi recomandă psihoterapia. Pacientul, cu un I.Q. înalt (peste 120) şi cu un nivel de cultură ridicat (lecturi foarte bogate şi variate, depăşind cu mult nivelul colegilor din profesia sa) acceptă cu plăcere ideea psihoterapiei.
Iniţial am încercat să utilizăm hipnoza care s-a dovedit o tehnică foarte utilă în astfel de cazuri. Din păcate însă, pacientul a obţinut un scor foarte redus la scalele de hipnotizabilitate, ceea ce ne-a determinat să recurgem la o altă tehnică psihoterapeutică. Ne-am oprit asupra tehnicii prin intervenţie paradoxală, în varianta ei mai veche utilizată de Frankl. Am utilizat cu acest pacient următoarea strategie:
Pacienul a fost sfătuit să-şi informeze soţia (care după conflictul iniţial s-a dovedit cooperantă şi dispusă să-şi ajute soţul la care ţinea foarte mult) că dificultăţile sale sexuale nu sunt serioase şi că prognosticul este favorabil. El este instruit, de asemenea, să-şi anunţe partenera că actul sexual propriu-zis îi este cu desăvârşire interzis o anumită perioadă de timp, el având dreptul să practice doar jocul erotic bazat pe tandreţe reciprocă, fn această situaţie partenera nu are nici un fel de expectaţie de la pacient şi acesta este relaxat, pentru că nu se mai aşteaptă ceva de la el. Adesea partenera este mirată de potenţa bărbatului, dar îl respinge din cauza recomandării terapeutului. Numai atunci când pacientul nu are alt scop decât jocul erotic, se poate sparge cercul vicios care a dus la instalarea tulburării.
148
fn acelaşi timp pacientul este instruit să nu se gândească deloc la propria persoană, concentrându-se exclusiv asupra partenerei. După aproximativ două săptămâni partenera (fără ştirea soţului) este instruită de către terapeut să nu-şi mai respingă soţul şi să conducă lucrurile în aşa fel încât actul sexual să se desfăşoare normal. fn acest caz, intervenţia de tip paradoxal a dat rezultate foarte bune, pacientul reuşind să-şi depăşească dificultatea. Ţinând seama de marea dorinţă de auto-perfecţionare a pacientului, i-am recomandat acestuia să practice în continuare un program de exerciţii de Hatha-Yoga, ca tehnică de creştere a rezistenţei la stres şi autoreglare a stărilor psihice.
3. Utilizarea tehnicii prin intervenţie într-un caz de insomnie.
Pacientul M. N. în vârstă de 60 de ani este trimis la psihoterapie de către medicul psihiatru, pentru insomnii rebele la tratament. De profesie profesor de educaţie fizică, M. N. a ocupat o funcţie de conducere în ierarhia mişcării sportive, el fiind ocupat de dimineaţă până seara cu serviciul şi efectuând numeroase deplasări în străinătate cu echipele sportive. La începutul anului 1988 pacientul este obligat să se pensioneze deoarece o rudă a sa plecase ilegal din ţară şi în timpul regimului trecut el nu mai putea deţine o funcţie de răspundere şi nu mai primea viză pentru deplasări în vest. Pacientul este căsătorit, dar nu are copii. Găsindu-se brusc fără ocupaţie, de unde până atunci fusese hiperactiv şi eficient, M. N. dezvoltă o insomnie rebelă la tratament obişnuit. După nenumărate încercări neizbutite cu diverse scheme medicamentoase şi temându-se să crească prea mult doza de somnifere
149
pentru a nu deveni dependent de acestea, pacientul acceptă psihoterapia. Antrenamentul autogen şi hipnoza dau rezultate slabe: pacientul adoarme mai repede, dar se trezeşte după 2—3 ore de somn şi nu mai adoarme până dimineaţa. Ţinând seama de această situaţie am încercat tehnica abordării paradoxale, după modelul utilizat de Haley (1984). S-a utilizat următoarea strategie, care a constat în prescrierea unor sarcini paradoxale: Valorizarea pozitivă: deşi ai insomnii, ai un psihic puternic; alţii în situaţia ta ar fi făcut tulburări mai grave. Simptomul doreşte

să-ţi spună ceva.
Prescrierea recăderilor. I s-a recomandat pacientului ca ori de câte ori se trezeşte în timpul nopţii să se îmbrace în trening şi indiferent de vremea de afară să alerge timp de o jumătate de oră în jurul şcolii din faţa blocului său. După revenirea în casă, acesta nu trebuie să se culce ci trebuia să cureţe bucătăria şi să spele vasele lăsate special de soţie.
După mai puţin de o săptămână pacientul a reî nceput să doarmă liniştit 6 - 7 ore pe noapte. Terapeutul a menţinut indicaţia: „dacă ţi se întâmplă să te trezeşti, ai de alergat şi apoi de făcut curăţenie în bucătărie!". Pentru a reduce şi cauza care a generat insomnia i s-a recomandat pacientului să-şi găsească o jumătate de normă ca antrenor, pentru a avea o ocupaţie şi a se simţi util. 4. Utilizarea intervenţiei paradoxale în cazul unui cuplu cu frecvente conflicte conjugale. Un cuplu de intelectuali în jur de 30 de ani se prezintă la psihoterapie, deoarece soţia nu mai
150
suporta reproşurile frecvente şi violente ale soţului pentru o legătură pe care aceasta a avut-o înaintea căsătoriei. Soţia afirmă că soţul o sâcâia permanent, agresând-o verbal şi uneori chiar fizic. Interogat, la rândul său, acesta afirmă că nu-şi poate stăpâni mânia pentru că soţia sa a iubit pe altcineva înainte. Strategia utilizată viza prescripţia simptomului cu o mică modificare de context (Madanes, 1984). Terapeutul a explicat cuplului că pentru soţ este important să-şi manifeste sentimentul de frustrare, iar pentru soţie să-l asculte cu o atitudine simpatetică. S-a indicat ca în fiecare dimineaţă, soţii să se trezească cu o jumătate de oră mai devreme şi înainte de a-şi bea cafeaua să se aşeze în sufragerie, unul în faţa celuilalt, soţul făcând reproşuri soţiei pentru legătura din tinereţe, iar aceasta ascultându-l cu răbdare şi răspunzându-i stereotip: „îmi pare rău, dragul meu". Acelaşi ritual urma să se repete şi seara înainte de vizionarea programului TV. Deşi aparent instrucţiunea paradoxală favoriza comunicarea şi exprimarea vechilor resentimente şi conflicte, ea urmărea de fapt blocarea comunicării, soţia dând un răspuns stereotip şi reducând expresia ostilităţii soţului la un discurs ridicol de 15 minute.
Cuplul a urmat instrucţiunea timp de 10 zile, după care, brusca izbucnit conflictul real. Soţia, în loc să mai răspundă stereotip, a izbucnit în reproşuri şi lacrimi, manifestându-şi gelozia pentru atenţia pe care o acorda soţul unei prietene de familie.
151
A apărut la iveală faptul că soţia era profund geloasă şi că interacţiunea cuplului în jurul legăturii de tinereţe a soţiei era de fapt o metaforă care ascundea conflictul real legat de preferinţa soţului pentru altă femeie, într-un stadiu ulterior al terapiei au fost renegociate relaţiile dintre soţi, ei fiind sfătuiţi să-şi exprime deschis nemulţumirile şi să desfăşoare activităţi comune al căror conţinut să-l disGute împreună.
Relaţiile din cadrul cuplului s-au ameliorat simţitor, divorţul fiind evitat.
HIPNOTERAPIA
Situată undeva între terapiile comportamentale şi cele de orientare experimentală, hipnoterapia este psihoterapia realizată cu ajutorul hipnozei. Ea poate să îmbrace forma unei psihoterapii centrate în exclusivitate pe simptom, situaţie în care, în urma inducerii hipnozei se administrează formule sugestive cu caracter terapeutic, dar poate fi utilizată şi ca o psihoterapie de mai mare profunzime - hipnoanaliza. Hipnoanaliza combină sugestiile terapeutice cu unele tehnici specifice psihanalizei, urmărind descoperirea conflictelor profunde care stau la baza producerii simptomelor. Deşi considerată de mulţi ca făcând parte din domeniul parapsihologiei, ştiinţa actuală a demonstrat faptul câ hipnoza nu este un fenomen supranatural, ci doar o stare modificată de conştiinţă, asemănătoare cu relaxarea sau stările meditative specifice unor culturi orientale (Yoga; Zen).
Hipnoza este definită deci de majoritatea specialiştilor ca o stare modificată de

conştiinţă indusă de regulă în mod artificial. Ea este asemănătoare cu somnul, dar diferă de acesta din punct de vedere electrofiziologic (undele cerebrale din timpul hipnozei sunt unde alfa -unde specifice stării de veghe relaxată). Hipnoza favorizează o creştere a sugestibilităţii, ca rezultat al căreia pot fi induse subiectului o serie de modificări la nivelul sensibilităţii,
153
motricitatii, memoriei, gândirii, afectivităţii (după Weitzenhoffer, 1963). Modificările spectaculoase ce se pot produce în timpul hipnozei stau la baza utilizării acesteia în scopuri terapeutice şi autdformative. Hipnoza are o serie de aplicaţii în clinică pentru psihoterapie, cât şi în alte domenii de activitate unde se urmăreşte optimizarea performanţelor umane: pentru sportivi, cosmonauţi, pentru creşterea eficienţei învăţării, pentru reducerea tracului de scenă şi actualizarea disponibilităţilor creative ale unor artişti, fn clinică hipnoza se utilizează pentru reducerea durerii (în chirurgie, stomatologie, obstetrică în bolile cronice), în tratamentul unor boli psihosomatice (tahicardie, hipertensiune arterială, colite, astm bronşic, obezitate, tulburări sexuale etc), al unor afecţiuni dermatologice (prurit, psoriazis, reacţii alergice, tratamentul negilor etc), cât şi în recuperarea unor accidente vasculare sau traumatisme. Sfera cea mai largă de aplicabilitate a hipnozei se situează în domeniul tratamentului unor afecţiuni nevrotice dintre care menţionăm: tulburările de tip fobie, atacuri de panică, anxietate, acuze somatoforme, tulburări de somn, tulburări ale atenţiei şi memoriei etc. Cercetări recente au evidenţiat faptul că prin hipnoză se poate influenţa favorabil chiar evoluţia unor boli deosebit de grave cum ar fi cancerul sau SIDA.
Rădăcinile hipnozei sunt foarte vechi, această tehnică fiind utilizată de maeştrii de Yoga sau Zen, precum şi de şamanii triburilor primitive, fie în scop de vindecare, fie ca metodă de intrare în contact cu lumea spiritelor. Hipnoza modernă începe cu practicile medicului austriac Franz Anton Mes-m e r (1734-1815) care a descris hipnoza sub
154
denumirea de „magnetism animal". Sistemul său a fost ironizat de medicii vremii din cauza manierei (pacienţii erau introduşi într-un butoi cu apă, fiind înconjuraţi de sârme şi magneţi meniţi să pună în evidenţă „magnetismul animal" şi nu de puţine ori ei prezentau convulsii, induse prin sugestie, după care urma vindecarea). O comisie instituită în 1784 de către regele Franţei şi care avea sarcina să cerceteze din punct de vedere experimental „magnetismul animal", a ajuns la concluzia că acesta este rezultatul imaginaţiei. ■-, Deşi teoriile lui Mesmer s-au dovedit nefondate ştiinţific, totuşi o serie de pacienţi, se vindecau în urma aplicării metodei respective şi aceasta a convins că deşi teoriile erau greşite, totuşi fenomenul respectiv exista cu adevărat. Termenul de hipnoză este introdus de englezul James Braid (1795-1860), de la grecescul hipnos care înseamnă somn, el considerând hipnoza ca pe un „somn nervos". Hipnoza revine în atenţia cfinicienilor prin activitatea desfăşurată în cadrul celor două mari şcoli ale psihiatriei franceze: şcoala de la Salpetriere, reprezentată de Jean Martin Charcot (1835 — 1893) şi şcoala de la Nancy fondată de Hippolyte Bernheim (1840-1919).
Dacă Charcot considera hipnoza ca pe un fenomen patologic, specific istericilor, dimpotrivă, Bernheim era de părere că hipnoza este un fenomen normal, rezultat al sugestiei. Observaţiile clinice au confirmat ipoteza lui B e r n h e i m, psihoterapeuţii constatând că istericii sunt mai puţin hip-notizabili decât alte categorii de nevrotici. Hipnoza a fost utilizată în psihoterapie şi de către cunoscuţii psihiatri Breuer şi Freud. Ulterior Freud renunţă la hipnoză îh favoarea
155
propriei sale teorii şi metode - psihanaliza, ceea ce a făcut ca pentru o perioadă interesul pentru hipnoză să scadă.
în 1889 a avut loc primul Congres Internaţional de Hipnoză Terapeutică şi Experimentală şi cam în aceeaşi perioadă marii teoreticieni din domeniul psihologiei

încep să se preocupe de fenomenul hipnotic. Astfel, WilhelmWundt a scris o lucrare despre hipnoză, W i 11 i a m James a inclus un capitol dedicat hipnozei în cunoscuta sa lucrare „Principiile psihologiei", iarPierre Janet se ocupă de hipnoză din perspectiva disocierilor de personalitate. O contribuţie de seamă la clarificarea problematicii hipnozei a adus Clark Huli (1933) prin lucrarea „Hipnoză şi sugestibilitate". La ora actuală hipnoza se aplică pe scară largă în clinică şi în optimizarea performanţelor umane de către medici şi psihologi în domeniul psihoterapiei.

Dacă hipnoza are atât de multe aplicaţii practice în clinică şi în perfecţionarea comportamentului, se pune problema de ce nu este această tehnică utilizată pe o scară largă? Răspunsul la această întrebare se referă la două aspecte:

- în primul rând gradul de susceptibilitate la hipnoză este diferit de la un individ la altul, astfel încât există subiecţi care nu sunt hipnotizabili şi ca urmare nu pot beneficia de avantajele acestei tehnici. Din fericire însă, clinicienii sunt de acord asupra faptului că şi o transă mai uşoară corespunzătoare unei susceptibilităţi mai reduse la hipnoză poate avea efecte psiho-terapeutice evidente;
- în al doilea rând, tehnica hipnozei este laborioasă şi cere din partea terapeutului dacă

nu nişte calităţi paranormale, cel puţin un talent actoricesc şi o capacitate de a-i influenţa pe alţii mai ridicate decât în cazul altor tehnici de psihoterapie.

ETAPELE HIPNOTERAPIEI

Aşa cum am arătat în lucrarea „Hipnoza şi forţele nelimitate ale psihismului uman" (Hol-decivi; Vasilescu, 1991) hipnoterapia implică mai multe etape:

a. Faza de pregătire.
b. Inducţia propriu-zisă.
c. Adâncirea transei.
d. Dehipnotizarea.

A. FAZA DE PREGĂTIRE

în această etapă i se explică subiectului în ce constă hipnoza, ce se aşteaptă de la el şi ce efecte poate avea aplicarea metodei asupra psihicului său, insistându-se asupra avantajelor pe care le are hipnoza în înlăturarea unor simptome de care subiectul doreşte să se debaraseze. Se insistă mai ales asupra faptului că pacientul nu are de ce să se teamă şi că el va trăi o experienţă interesantă. Dacă subiectul este anxios în continuare, el trebuie interogat în legătură cu natura temerilor sale şi apoi încurajat.

Astfel, de pildă, subiecţilor care se tem să nu fie manipulaţi de terapeut li se spune că ei nu-şi vor pierde starea de conştientă şi că vor putea ieşi din hipnoză oricând vor dori. Este bine să i se ceară pacientului să rămână cât mai pasiv cu putinţă, să nu încerce în nici un fel să-l ajute pe experimentator, dar nici să nu încerce să reziste sugestiilor terapeutului.

Trebuie să i se arate că este în interesul său să beneficieze de metodă pentru a scăpa de problemele sale, iar dacă intenţionează să nu se lase hipnotizat, este mai bine să se adreseze altui specialist.

De asemenea, se dă subiectului indicaţia de a nu-şi analiza stările, de a nu încerca să afle ce se petrece cu el, el fiind instruit să lase să se întâmple ce „trebuie să se întâmple", lăsându-se „dus" de instrucţiunile terapeutului. Inducţia hipnotică cuprinde acele comportamente pe care i le cere hipnotizatorul subiectului la începutul şedinţei, precum şi ceea ce spune şi face hipnotizatorul. Toate tipurile de inducţie au în comun distragerea de la stimulii perturbatori externi, sugerarea relaxării şi somnolenţei, stimularea jocului liber al imaginaţiei şi concentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (sau pe o parte a corpului) şi pe ceea ce spune hipnotizatorul.

în timpul inducţiei, hipnotizatorul are la dispoziţie două strategii speciale: cea a

deprivării senzoriale şi cea a dezvoltării unui tip de relaţie interumană specială, de tip simpatetic, între terapeut şi pacient.
înainte de a trece la inducţia propriu-zisă, experimentatorul testează gradul de receptivitate la hipnoză al subiectului prin administrarea unor teste de sugestibilitate în stare de veghe. Facem precizarea că sugestia reprezintă o incitaţie susceptibilă să declanşeze reacţii spontane, nemediate de instanţele reflexive ale raţiunii (G h e o r g h i u, 1982). în cele ce urmează, prezentăm, pentru exemplificare, câteva din cele mai cunoscute teste de sugestibilitate directe, prin care clinicieniiîşi testează subiecţii pentru a vedea în ce măsură ei pot beneficia de tehnica hipnozei:
158
Testarea oscilaţiei corpului. Subiectului i se cere să stea cu spatele la experimentator şi să relaxeze toţi muşchii (este indicat ca subiectul să aibă tocuri joase). Instructajul care i se administrează este următorul: „Doresc să stai în picioare, cu vârfurile apropiate, închide ochii şi relaxează-te. fn câteva momente iţi voi spune să-ţi imaginezi că vii pe spate. Eu voi pune mâinile pe spatele tău şi vei simţi cum mâinile mele te trag tot mai mult, vii tot mai mult pe spate. Nu-ţi fie teamă, lasă-te dus. Eu voi sta fn spatele tău şi te voi prinde... etc". Se consideră sugestibil acel subiect care are tendinţa de a cădea în direcţia sugerată. Testul încleştării degetelor. I se cere subiectului să-şi scoată inelele şi i se administrează următorul instructaj:
„Doresc să prinzi degetele unele în altele (se demonstrează). Acum uită-te în ochii mei şi strânge bine degetele unele într-altele. Strânge degetele cât poţi de bine. Pe măsură ce strângi degetele unele într-altele vei constata că degetele tale devin tot mai încleştate, tot mai bine strânse unele în altele, ca şi cum ar fi sudate. Degetele sunt tot mai încleştate, tot mai strânse, tot mai încleştate, încât nu poţi să le desfaci. Ţi-e imposibil să le desfaci. încearcă să desfaci degetele, încearcă!... dar nu poţi! Cu cât încerci mai mult să desfaci degetele, cu atât reuşeşti mai puţin... încearcă! Dar nu poţi!". Cu subiecţii care nu pot desface degetele sau le desfac doar parţial se poate trece la inducţia hipnotică.
Catalepsia pleoapelor. Subiectului, aşezat într-o poziţie comodă, i se administrează următoarele sugestii:
„Doresc să închizi ochii şi să te relaxezi. Nu te teme, nu te voi hipnotiza încă. Fii atent la vocea mea şi relaxează-te, pe măsură ce te relaxezi,
159-
pleoapele tale devin tot mai-grele, din ce în ce mai grele, grele ca de plumb. Curând vei constata că ţi-e foarte greu să deschizi ochii, deoarece pleoapele tale sunt grele, foarte grele, grele ca de plumb. îţi va fi foarte greu să deschizi ochii când iţi voi spune s-o faci. Pleoapele tale sunt foarte grele. Foarte grele şi strâns lipite. Ochii sunt atât de bine închişi încât nu-i poţi deschide. încearcă să deschizi ochii. încearcă! Dar nu poţi, nu poţi deschide ochii...". Ca şi în cazul celorlalte două teste de suges-tibilitate dacă subiectul are dificultăţi în deschiderea ochilor, terapeutul îl poate considera un bun subiect pentru hipnoză. Există în literatura de specialitate foarte multe tehnici de realizare a inducţiei hipnotice. Ne simţim obligaţi să avertizăm pe cititor că utilizarea de către nespecialişti (cei care au dreptul legal de practică sunt medici, psihologi) este pedepsită prin lege. în ceea ce priveşte aplicarea acesteia de către reprezentanţi ai profesiunilor amintite, pentru a obţine rezultate pozitive este necesar un stagiu de învăţare a tehnicii, realizat pe lângă un hipnotizator experimentat, în caz contrar, terapeutul începător fie nu obţine rezultate, fie poate produce chiar unele efecte negative asupra subiecţilor săi.
B. INDUCŢIA PROPRIU-ZISĂ
Starea subiectului, denumită transă hipnotică, se realizează prin procedeul denumit inducţia hipnotică. Aceasta presupune concentrarea pe un obiect de dimensiuni mici (de preferinţă strălucitor), pe un stimul monoton (pendul, metronom), pe o anumită zonă a corpului (de pildă, concentrarea asupra punctului situat între sprâncene^,

cât şi administrarea de către
160
terapeut a unor formule sugestive de calm, relaxare, somnolenţă.
Prezentăm în cele ce urmează câteva dintre tehnicile de inducţie hipnotică mai cunoscute.
1. Metoda de inducţie hipnotică prin fixarea privirii (Hartland, 1971 cit. Holdevici; Va sil eseu, 1991).
I se cere subiectului să se aşeze comod pe un scaun sau fotoliu şi i se dau următoarele instrucţiuni: „Doresc să priveşti un punct din tavan, să-ţi fixezi atenţia asupra lui. Orice punct este potrivit. Alege un punct pe care ţi-e comod să-l priveşti. Nu-ţi face probleme dacă privirea se abate de la punctul respectiv sau dacă ai tendinţa de a clipi. Dacă ţi se întâmplă acest lucru, readu încet privirea înapoi la punctul fixat. Fixează-I cât poţi de bine. Stai relaxat. Relaxează-te şi fii atent doar la vocea mea, la ceea ce voi spune. Corpul tău se relaxează din ce îh ce mai mult, tot mai mult. Pe măsură ce priveşti punctul ales şi asculţi vocea mea, te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai mult. Relaxează labele picioarelor, gleznele, gambele, coapsele, braţele, mâinile. întregul tău corp devine tot mai relaxat şi simţi o stare de toropeală plăcută care te cuprinde tot mai mult. Simţi tot mai mult toropeală, destindere, relaxare. Eşti tot mai toropit. Fii atent la vocea mea... ea te face să te simţi tot mai toropit. Simţi o greutate plăcută care iţi cuprinde tot corpul. Corpul devine greu, tot mai greu, foarte greu. Braţele devin grele, foarte grele, tot mai grele. Picioarele devin grele, foarte grele, din ce fh ce mai grele. Eşti tot mai relaxat, toropit ca atunci când te pregăteşti să dormi. O senzaţie de căldură plăcută, adormitoare cuprinde tot corpul. Curând te vei cufunda într-o stare de relaxare adâncă, o stare care seamănă ca un
161
somn profund, odihnitor. Pleoapele devin grele, tot mai grele, din ce în ce mai grele, foarte grele. Gândeşte-te la toropeala şi somnolenţa care te cuprinde. Vocea mea te face tot mai toropit, tot mai relaxat, tot mai somnolent. Nu mai poţi ţine ochii deschişi. Ochii au tendinţa să se închidă. Clipeşti, clipeşti tot mai des, pentru că nu mai poţi ţine ochii deschişi. Clipeşti tot mai des şi în curând nu vei mai putea ţine ochii deschişi pentru că pleoapele devin grele, foarte grele ca de plumb. Devii tot mai toropit, tot mai relaxat. Pleoapele sunt atât de grele, încât, în curând nu vei mai putea deschide ochii. Pleoapele, devin tot mai grele şi mai strâns lipite. (Dacă subiectul nu închide ochii în mod spontan, i se spune pe un ton ferm: Acum închide ochii şi fii atent în continuare la ceea ce îţi voi spune): „Ochii sunt închişi acum şi te vei relaxa tot mai profund, tot mai profund, vei fi tot mai relaxat, tot mai toropit, mai relaxat, tot mai toropit. Vei fi atent numai la vocea mea. fţi vei reveni din stare numai atunci când îţi voi spune eu să revii. Te vei simţi foarte liniştit şi relaxat. Nimic nu te va tulbura. Te vei relaxa profund, foarte profund. Dacă se va întâmpla ceva care te poate pune în pericol, te vei trezi imediat şi vei face faţă cu bine situaţiei. Te relaxezi adânc, profund, foarte profund".
Prezentăm în cele ce urmează şi alte câteva tehnici de inducţie hipnotică (H a r 11 a n d, 1971):
2. Metodă rapidă de inducţie Subiectul stă în picioare în faţa terapeutului. Acesta plasează mâinile pe umerii subiectului şi fixează cu privirea rădăcina nasului subiectului. I se spune acestuia: „Uită-te în ochii mei şi imaginează-ţi că vei adormi. Vei adormi repede. Imediat vei intra într-un somn profund, adânc, odihnitor. Continuă să te
162
uiţi în ochii mei. Pe măsură ce te uiţi în ochii mei simţi o greutate care cuprinde tot corpul. Corpul devine tot mai greu. Picioarele sunt grele, foarte grele. Braţele sunt grele, foarte grele. Corpul este greu, tot mai greu, greu ca de plumb. Pleoapele devin grele, tot mai grele. Te cuprinde o stare de toropeală, somnolenţă. Te simţi obosit, corpul este atât de greu, greu ca plumbul. Simţi nevoia să dormi. Pleoapele

sunt atât de grele încât nu poţi ţine ochii deschişi. Ochii se închid. Nu poţi să-i mai ţii deschişi. Adormi! Adormi! Ochii se închid, se închid. Dormi! Somn profund!
In utilizarea acestor tehnici trebuie să ţinem seama de câteva recomandări:
- dacă nu este necesară o stare de transă profundă, o metodă de inducţie rapidă este adesea suficientă. Dacă avem nevoie de o transă mai profundă, atunci utilizăm o metodă mai lungă, cu mai multe detalii;
- metodele rapide fac impresie mai puternică asupra spectatorilor;
- uneori putem eşua să inducem hipnoza cu o metodă, dar putem reuşi cu alta. De regulă, cu metodele mai lungi se reuşeşte mai bine;
- pentru scopuri terapeutice metodele mai lungi sunt mai bune pentru că permit să obţinem un control mai bun asupra subiectului.
Tehnici avansate de inducţie Metoda levitaţiel braţului A fost prima dată utilizată de M i 11 o n E r i c k-s o n. Cea mai bună descriere a ei aparţine lui W o I b e r g. Este o metodă dificilă şi este utilizată doar de hipnoterapeuţi cu experienţă. „Doresc să stai comod pe scaun şi să te relaxezi. Pune braţele pe coapse cu palmele în jos. Observă cu atenţie braţele. Stai liniştit şi relaxat. Vei observa că se petrec anumite lucruri cu braţele şi cu palmele tale. Aceste fenomene
1 163
se petrec totdeauna când eşti relaxat, dar de regulă nu le dai atenţie.
Te rog să te concentrezi asupra palmelor tale, asupra tuturor senzaţiilor care se petrec în ele. Vei simţi poate greutate în palme sau presiune, vei simţi materialul din care sunt făcuţi pantalonii (sau fusta), sau poate vei simţi căldura, sau mici furnicături în degete. Indiferent despre ce fel de senzaţii e vorba, doresc să le observi cu atenţie. Atenţia ta poate să fluctueze, să se abată de la palme, dar readu-o cu calm înapoi la palme. Continuă să te concentrezi asupra palmelor pe care le observi întrebându-te când va începe mişcarea din ele. (Când hipnotizatorul observă mişcarea într-unui din degetele subiectului, el menţionează acest lucru şi afirmă că mişcarea se va intensifica probabil). „E interesant de văzut care din degetele tale se va mişca mai întâi. Poate fi degetul mijlociu sau arătătorul sau inelarul etc. Unul dintre degete începe să tresară, să se mişte. Nu ştii încă ce deget se va mişca mai întâi. Continuă să te concentrezi cu toată atenţia asupra degetelor. Vei constata o mişcare uşoară în degetul arătător al mâinii drepte. Odată ce a început mişcarea vei observa ceva interesant. Foarte încet degetele se vor depărta tot unele de altele, spaţiul dintre ele va deveni din ce în ce mai mare. Degetele se vor depărta tot mai mult unele de altele. Se vor depărta mai mult unele de altele. (Aceasta este prima sugestie adevărată la care ne aşteptăm să răspundă subiectul).
„Pe măsură ce degetele se depărtează, vei observa că ele au tendinţa de a se arcui, de a se ridica. Observă cum arătătorul mâinii drepte se arcuieşte, tinde să se ridice. Pe măsură ce se întâmplă aceasta şi celelalte degete tind să-l urmeze, să se arcuiască, să se ridice.să se
164
ridice. Pe măsură ce degetele tind să se ridice devii tot mai conştient de faptul că palma este uşoară, foarte uşoară, atât de uşoară încât toate degetele se vor arcui şi palma se va ridica încet, încet de parcă ar fi trasă în sus de un balon care o ridică tot mai sus, din ce în ce mai sus. Palma dreaptă e uşoară ca un fulg şi tinde să se ridice tot mai sus. Pe măsură ce palma se ridică, tot braţul se ridică tot mai sus, din ce în ce mai sus. Pe măsură ce priveşti palma şi braţul care se ridică tot mai sus, observi că devii tot mai relaxat, tot mai toropit. Ochii devin tot mai obosiţi, din ce în ce mai obosiţi. Pe măsură ce braţele se ridică devii tot mai relaxat, tot mai toropit, mai somnolent. Pleoapele devin tot mai grele, din ce în ce mai grele, tind să se închidă. Cu cât braţele se ridică tot mai sus, din ce îh ce mai sus, te vei simţi tot mai relaxat, tot mai toropit, vei simţi nevoia să îhchizi ochii şi să te laşi în voia relaxării plăcute, odihnitoare. „Braţul se ridică tot mai mult, sus, tot mai sus. Devii tot mai relaxat, tot mai toropit. Pleoapele grele, foarte grele. Respiraţia devine rară, tot mai rară, regulată. Inspiră şi expiră adânc. Braţul se ridică tot mai mult şi se apropie de faţa

ta. Te simţi tot mai relaxat, tot mai toropit. Pe măsură ce braţul se apropie de faţa ta intri într-o stare de relaxare adâncă, tot mai adâncă, tot mai profundă. Braţul continuă să se ridice tot mai mult, din ce în ce mai mult până când atinge faţa, iar tu devii tot mai toropit, din ce în ce mai toropit, dar nu trebuie să adormi până când mâna nu a atins obrazul. Când palma a atins obrazul vei adormi, vei dormi. Braţul îşi schimbă direcţia şi se ridică tot mai mult, tot mai mult îndreptându-se spre faţa ta. Pleoapele devin grele, foarte grele. Devii tot mai toropit, tot mai toropit, tot mai somnolent. Pleoapele devin grele, tot mai grele şi palma se
165
ridică tot mai mult îndreptându-se spre faţă. Te simţi obosit şi toropit. Ochii se închid, se închid. Când palma va atinge faţa (obrazul)vei adormi, vei adormi profund. Devii tot mai relaxat, tot mai relaxat, tot mai relaxat. Pleoapele sunt grele, grele ca plumbul şi braţul se ridică tot mai mult, tot mai sus, tot mai sus. Când braţul atinge faţa vei adormi adânc. (Dacă palma pacientului atinge faţa). Dormi, dormi, dormi adânc. Te simţi relaxat şi toropit. Te gândeşti numai la somn şi relaxare, relaxare profundă, profundă ca un somn adânc".
Sugestiile specifice inducţiei hipnotice trebuie date cu o voce calmă, fermă lipsită de stridenţe. După cum se poate observa din lectura instructajului prezentat mai sus, ele au un caracter repetativ, monotonia contribuind la intrarea mai rapidă în hipnoză.
Tonul poate să fie autoritar (caracteristic hipnozei de tip patern) sau, dimpotrivă, blând, cald, insinuant (specific hipnozei de tip matern). Studiile clinice au demonstrat că hipnoza de tip matern este mai bine tolerată de un număr mai mare de pacienţi, comparativ cu cea paternă, care trezeşte la unii subiecţi tendinţe opoziţioniste.
C. ADÂNCIREA TRANSEI
De regulă, după ce a realizat inducţia, terapeutul se va strădui să obţină o mai mare profunzime a stării hipnotice pe care o atinge subiectul său. Deşi nu totdeauna o transă profundă este necesară pentru atingerea unor obiective terapeutice, totuşi pentru explorarea unor conflicte din sfera personalităţii subiectului este de dorit să se obţină o transă mai adâncă. Pentru adâncirea transei se procedează astfel (Hartland, 1971):
166
„Eşti profund relaxat, dar poţi intra fntr-o stare de relaxare şi mai adâncă decât cea în care te afli acum. Doreşti foarte mult să atingi o stare de relaxare cât mai profundă, pentru că aceasta este o experienţă agreabilă, care îţi va aduce mult bine. Te vei relaxa tot mai profund şi toate sugestiile pe care ţi le voi da vor fi foarte eficiente. Eu voi număra acum până la 5 (se poate număra până la 10, 20 etc.) şi pe măsură ce număr, te vei cufunda într-o stare de relaxare tot mai profundă, mai adâncă, mai plăcută. Când voi ajunge cu numărătoarea până la 5 vei fi profund relaxat, toropit, atât de toropit, că atunci când iţi voi spune să revii nu-ţi vei mai aminti nimic din cele spuse sau făcute în timpul hipnozei. Acum încep să număr: 1 - relaxarea (toropeala) devine tot mai profundă, din ce în ce mai profundă; 2 - relaxarea devine şi mai profundă şi mai adâncă; cu fiecare cuvânt spus de mine, cu fiecare expiraţie, te relaxezi tot mai mult, din ce în ce mai mult; 3 - relaxarea (toropeala) adâncă, vocea mea te relaxează tot mai mult, tot mai mult, din ce în ce mai mult. Te cufunzi într-o stare de relaxare foarte adâncă, foarte profundă, auzi doar vocea mea care parcă vine de undeva de departe; 4 - continuă să te relaxezi tot mai profund pe măsură ce număr. Toate sugestiile pe care ţi le dau sau ţi le voi da îh viitor vor fi eficiente şi în avantajul sănătăţii tale. Vei îndeplini tot ceea ce iţi spun să îndeplineşti. Nu te teme de hipnoză pentru că iţi va face numai bine. Eşti convins că nu ţi se poate întâmpla nimic rău. Vei răspunde tot mai bine la sugestiile mele. Chiar dacă iţi vorbesc, eşti tot mai relaxat, tot mai profund relaxat. Ori de câte ori îţi voi spune să auzi, să vezi sau să simţi ceva, vei trăi experienţe vii ca şi cum ar fi în realitate. Vei auzi, vei vedea şi vei simţi ca în realitate. Ori de câte ori iţi voi spune

167
să simţi sau să faci ceva, vei îndeplini imediat cele cerute, pentru că sunt în avantajul tău. Eu voi putea să înlătur sau să modific orice comandă pe care ţi-o dau. Continuă să te relaxezi. Când voi ajunge cu numărătoarea la 5 vei fi foarte, foarte profund relaxat, adânc relaxat şi toropit; 5 - profund relaxat, adânc relaxat. Nu vei reveni din relaxare decât atunci când iţi voi spune să revii sau dacă mi se întâmplă mie ceva, sau dacă ceva te ameninţă. Altfel vei rămâne foarte relaxat, adânc relaxat şi vei face tot ceea ce iţi voi spune eu să faci. Când iţi voi spune să revii nu iţi vei mai aminti de nimic, decât de faptul că te-ai relaxat şi te-ai odihnit". Odată ajuns aici, hipnotizatorul va începe să administreze sugestiile terapeutice specifice pentru care a fost indusă hipnoza.

D. DEHIPNOTIZAREA (trezirea subiectului)

Pentru mulţi subiecţi este suficient să comandăm pe ton plăcut, dar ferm: „Revino! trezeşte-te!" sau „când voi lovi cu degetele vei fi pe deplin treaz, trezeşte-te!". Pentru pacienţii aflaţi într-o transă mai profundă este indicat ca revenirea să se facă gradat ca în exemplul de mai jos (H a r 11 a n d, 1971): „Imediat voi începe să număr de la 5 la 1. Când voi ajunge cu numărătoarea la 1, vei fi complet treaz, îţi vei reveni complet. Te vei simţi bine, înviorat, odihnit, ca după un somn bun: 5 - vei reveni curând din relaxare; 4 - revii încet la normal; 3 - revii tot mai mult; 2 - când voi ajunge la 1 vei reveni complet; te vei simţi foarte bine; 1 - ai revenit complet, eşti pe deplin treaz; ai mintea limpede, clară, eşti complet treaz, vioi, alert!".

Dacă subiectul se mai menţine totuşi într-o stare de ameţeală, nu se ţine bine pe picioare, are un
168
aer năuc, terapeutul poate lovi palmele una de alta comandând pe un ton ferm: „Eşti pe deplin treaz!" sau poate repeta procedeul de dehip-notizare. fn nici un caz terapeutul nu trebuie să lase subiectul să plece până nu este sigur că a revenit complet la starea normală. Este indicat ca subiecţii care au intrat într-o transă mai profundă să fie lăsaţi să mai aştepte puţin într-o cameră, înainte de a pleca, hipnotizatorul urmând să mai verifice o dată starea în care se află aceştia.

Există cazuri, foarte rare, când unii subiecţi pot prezenta cefalee, confuzie, ameţeli sau stări de vomă la revenirea din hipnoză. Acest fenomen apare mai ales când pacienţii nu sunt de acord să îndeplinească sugestiile administrate de terapeut, deşi s-au prezentat la tratament ei pot, de pildă, în mod inconştient să nu dorească să se lase de fumat sau sunt nevrotici şi atunci fenomenul este interpretat fa o rezistenţă la hipnoterapie. fn astfel de caiuri este indicată o terapie mai în profunzime, în cadrul căreia să se abordeze conflictele din sfera personalităţii subiectului. O astfel de tehnică este hipnoanaliza, la care ne vom referi mai târziu. Clinicienii citează şi cazuri, foarte rare, când subiectul refuză să revină din hipnoză atunci când i se dau comenzi în acest sens. Acest lucru se poate întâmpla fie datorită unei erori de tehnică (terapeutul i-a sugerat, fără să-şi dea seama, să nu se trezească), fie datorită unor rezistenţe la revenire, care, la rândul lor, pot avea mai multe cauze, dintre care amintim:

- existenţa unor sentimente de ostilitate faţă de terapeut;
- sugestii post-hipnotice, pe care subiectul nu doreşte să le îndeplinească;
169
- tulburări în sfera personalităţii (nevoia de a fi dominat, de a evita un conflict, nevoia de a fugi de realitate);
- transformarea hipnozei în somnambulism de tip isteric.

Weitzenhoffer (1957) citează cazul unui hipnotizator începător care administrează subiectului următoarea sugestie: „Pleoapele tale sunt grele, foarte grele, grele ca de plumb etc. Ai ochii închişi, nu poţi deschide ochii. încearcă să deschizi ochii dar nu poţi!". După 10 minute el încearcă să trezească subiectul care s-a dovedit receptiv, spunându-i: „Deschide ochii!". Acesta nu poate deschide ochii pentru că nu a fost anulată sugestia „nu poţi deschide ochii!". Corect ar fi fost ca terapeutul să spună:

„Acum poţi să deschizi ochii, poţi să deschizi ochii... Deschide ochii!" sau să fi dat de la început o sugestie de genul: „Nu vei putea deschide ochii până când eu nu voi bate din palme!".
în situaţiile în care subiectul refuză să revină din hipnoză este indicat ca el să fie lăsat liniştit, deoarece în majoritatea cazurilor hipnoza se transformă în somn natural şi el se trezeşte singur după un timp oarecare. O altă metodă frecvent folosită este interogarea subiectului, aflat în stare de hipnoză, de ce refuză să se trezească. De regulă, răspunsul subiectului sugerează terapeutului ce sugestii trebuie să administreze în astfel de situaţii. O regulă de fier a hipnoterapeuţilor clinicieni este anularea sugestiilor administrate în timpul hipnozei. Aceste sugestii trebuie anulate chiar dacă subiectul nu a reacţionat la ele în timpul hipnozei.
J a I o w i c z (cit. Weitzenhoffer, 1957) citează cazul unui subiect căruia i s-a administrat în timpul hipnozei, în scopuri

demonstrative, sugestia că a fost atins cu un fier înroşit şi că pe braţ îl apare o băşică, fn timpul hipnozei nu se întâmplă nimic, subiectul este dehipnotizat şi trimis acasă. A doua zi acesta se prezintă la medic acuzând o arsură pe braţ, arsură a cărei cauză nu o cunoaşte, fapt ce demonstrează posibilitatea existenţei unor efecte întârziate ale hipnozei, fn cazul în care terapeutul a uitat să anuleze sugestiile administrate, se recomandă ca subiectul să fie hipnotizat din nou şi să administreze sugestiile de la început, inclusiv anularea lor, ca şi cum nimic nu s-ar fi întâmplat.
UTILIZAREA TERAPEUTICĂ A HIPNOZEI
Hipnoza poate fi utilizată terapeutic fie ca psihoterapie centrată exclusiv pe simptom, fie ca terapie de mai mare profunzime în varianta hipnoanalizei.
1. Hipnoza ca terapie centrată pe simptom Teama că înlăturarea simptomului va produce o substituţie de simptom înlocuind simptomul iniţial cu altul, de multe ori mai sever, este mult exagerată. Din fericire în practică acest fenomen nu se întâmplă prea des şi dacă am merge prea departe cu această afirmaţie nu am mai prescrie un antinevralgic pentru dureri de cap, fără o tomografie computerizată. Desigur, înlăturarea simptomului nu rezolvă conflictele de profunzime ale pacientului. Cu toate acestea, de multe ori simptomul este atât de invalidam încât este necesară atacarea lui frontală aşa cum se întâmplă de pildă în cazul atacurilor de panică, a insomniilor, a durerii cronice sau a unor tulburări de dinamică sexuală la bărbaţi.

înlăturarea simptomului va creşte încrederea pacientului în terapeut şi atunci când condiţiile o permit, se poate realiza în continuare şi o psihoterapie care vizează restructurarea personalităţii.
Hartland (1971) este de părere că reducerea simptomului va fi mult mai eficientă dacă se dau subiectului, după inducţia hipnotică, sugestii de întărire a eului, de scădere a anxietăţii şi de creştere a încrederii în sine. Principiul terapeutic propus de acest autor constă în combinarea sugestiilor de întărire a eului cu cele terapeutice propriu-zise, care au ca obiectiv înlăturarea simptomului.
Prezentăm pentru exemplificare, modelul de sugestii utilizate pentru întărirea eului (H a r 11 a n d, 1971):
„Eşti atât de destins, de relaxat, de profund relaxat încât mintea ta devine tot mai receptivă la ceea ce îţi voi spune. Tot ceea ce iţi voi spune va pătrunde adânc în subconştientul tău, se va întipări acolo şi va lăsa o urmă adâncă, pe care nimeni nu o va putea şterge. Ceea ce se va întipări în subconştientul tău va lăsa o mare influenţă asupra modului în care gândeşti, simţi şi acţionezi. Aceste idei pe care ţi le sugerez şi care se vor întipări în subconştientul tău vor continua să acţioneze asupra gândurilor, sentimentelor şi modului tău de a acţiona şi atunci când nu eşti cu mine, când eşti acasă, ia serviciu sau în altă parte, aceste gânduri vor acţiona tot atât de puternic ca şi aici. Eşti profund relaxat şi tot ceea ce îţi spun se va întâmpla spre binele tău, îh avantajul tău. fn cursul acestei relaxări te vei simţi tot mai puternic,

tot mai eficient, tot mai stăpân pe tine, te vei simţi tot mai vioi, tot mai alert, mai energic, mai puţin obosit, tot mai puţin descurajat, tot mai puţin depresiv.
172

„Zi după zi vei deveni tot mai interesat de ceea ce se întâmplă în jur astfel încât mintea ta va fi distrasă de la propria persoană şi de la problemele care te frământă. Te vei gândi tot mai puţin la tine însuţi, la dificultăţile tale, vei fi tot mai puţin preocupat de propriile trăiri. Vei deveni tot mai puţin îngrijorat, tot mai puţin agitat, tot mai puţin anxios, tot mai puţin deprimat. Vei fi capabil să gândeşti clar, să te concentrezi tot mai bine. îţi vei concentra tot mai mult atenţia asupra a ceea ce faci. fn consecinţă, memoria ta se va îmbunătăţi. Vei deveni capabil să vezi lucrurile din perspectiva lor reală, fără a le permite să ia proporţii. Zi după zi vei deveni tot mai relaxat, te vei enerva tot mai puţin. Zi după zi vei deveni şi vei rămâne tot mai relaxat, tot mai puţin încordat, atât fizic cât şi psihic. Devii şi rămâi tot mai relaxat, cu tot mai multă încredere în tine, în posibilităţile tale de a face faţă la ceea ce ai de făcut. Vei avea tot mai multă încredere în forţele proprii fără anxietate, fără încordare, fără teama de a greşi. Zi după zi te simţi tot mai independent, tot mai stăpân pe tine, vei putea să stai pe propriile tale picioare, vei fi independent, încrezător în foitele proprii, vei putea face faţă cu bine oricărei dificultăţi. Zi după zi te vei simţi tot mai bine, tot mai încrezător în forţele proprii, cu un sentiment de bunăstare şi siguranţă personală. „Cu fiecare şedinţă de relaxare te vei simţi tot mai fericit, tot mai încrezător, tot mai mulţumit, tot mai optimist. Vei fi tot mai capabil să te bazezi pe tine însuti, să-ţi susţii părerile, judecăţile, opiniile, să stai pe propriile tale picioare. Vei simţi tot mai puţin nevoia să te bazezi pe alţi oameni, să depinzi de altcineva". După încheierea acestui instructaj conţinând sugestii de întărire a eului se poate trece la
173
administrarea sugestiilor pentru înlăturarea simptomului.
Prezentăm, în cele ce urmează, un set de sugestii propuse de W o I b e r g (cit. H a r 11 a n d, 1971) pentru psihoterapia alcoolismului: „fn momentul în care consumi alcool te vei simţi foarte rău de la stomac, ţi se va face tot mai rău, din ce în ce mai rău. îţi va fi atât de rău încât nu vei mai fi capabil să înghiţi băutura pe care o vei vomita imediat...". 2. Hipnoanaliza
fn multe afecţiuni nevrotice sau psihosomatice simptomul se manifestă ca o reacţie de apărare a eului pacientului împotriva unor conflicte mai profunde sau mai superficiale. Diverse simptome (reacţii de vomă, alergiile, atacurile de astm etc.) sunt mesaje ale organismului prin care acesta comunică faptul că ceva nu e în regulă cu el, cerând în mod inconştient ajutor.
Anumite expresii utilizate de pacienţi sunt de fapt indicatori-simboluri ai conflictelor psihologice care stau la baza îmbolnăvirilor. Astfel, de pildă, expresia „mi se face silă de pisălogeala ta" se poate traduce în plan somatic printr-o reacţie de vomă.
O mare cantitate de agresivitate sau frustrare care nu e exprimată verbal se poate manifesta sub forma unor simptome. Medicii au constatat că persoanele care nu se ceartă niciodată îşi exprimă frecvent nemulţumirea prin simptome corporale. Este cunoscut faptul că artritele reumatoide apar la persoanele care au o cantitate mare de nemulţumire refulată, în timp ce insomnia poate ascunde o teamă inconştientă de moarte, iar în cazul colitelor ulceroase psihosomaticienii spun că pacientul se „roade pe dinăuntru" din cauza eforturilor pe care le face de a scăpa de problema sa.
174
Dacă psihotraumele şi conflictele mai recente şi mai superficiale pot fi abordate prin simplă hip-noterapie centrată exclusiv pe simptom, în cazul conflictelor mai severe este absolut necesară terapia de profunzime care se referă la descoperirea acestor conflicte, a reacţiilor emoţionale asociate, terapia încheindu-se cu ajutarea pacientului să le cunoască şi să le facă fată.

O astfel de abordare se realizează prin intermediul hipnoanalizei care îmbină tehnicile de hipnoză cu unele metode specifice psihanalizei. Hipnoanaliza utilizează aceleaşi tehnici de inducţie şi adâncire a transei hipnotice, după care recurge la procedee specifice psihanalizei. Hipnoanaliza are, faţă de psihanaliză, avantajul că reprezintă o psihoterapie de scurtă durată. Ea ajută pe pacient să se elibereze de simptomele de care acesta doreşte să scape, contribuind totodată şi la restructurarea mai profundă în sfera personalităţii acestuia prin accesul la anumite zone ale inconştientului, unde s-au structurat conflictele generatoare de simptome. Hipnoza, prin relaxarea rezistenţelor la psihoterapie, scurtează durata tratamentului comparativ cu psihanaliza clasică cura hipnotică durând în medie 20 de şedinţe, ceea ce înseamnă relativ puţin comparativ cu o cură psihanalitică ce durează 2—3 ani. Diferenţa esenţială faţă de psihanaliză constă în aceea că terapeutul hipnoanalist nu rămâne pasiv până când rezistenţele pacientului se dau cumva la o parte, ci el le atacă frontal, înainte ca ele să oprească progresul psihoterapiei sau, în unele situaţii, ignoră această rezistenţă. Singurul criteriu de selecţie al pacienţilor pentru hipnoanaliza este gradul de hipnotizabilitate al acestora.

175

Cu cât se obţine o transă mai profundă, cu atât hipnoanaliza are şanse mai mari, pacientul având acces mai uşor la amintiri şi conflicte uitate din trecutul său, care ii produc simptome nevrotice sau psihosomatice. O transă mai profundă facilitează şi producerea amneziei post-hipnotice care îl va proteja temporar pe pacient de amintiri prea penibile, care vor fi aduse în conştiinţă abia când pacientul se va simţi suficient de puternic să le facă faţă. W o I b e r g consideră că scopurile rezonabile ale unei psihoterapii scurte de tip hipnoanalitic ar fi:

- reducerea simptomelor;
- revenirea la nivelul de funcţionare psihică dinainte de îmbolnăvire;
- îhţelegerea de către pacient a unor factori care au favorizat îmbolnăvirea;
- recunoaşterea de către pacient a unor perturbări ale personalităţii care împiedică pe pacient să se adapteze în mod eficient la mediu;
- conştientizarea modului în care se produc simptomele (psihice şi somatice), structurate pe baza experienţelor psihotraumatizante trecute şi a condiţionărilor din copilărie;
- recunoaşterea de către pacient a legăturii dintre conflictele trecute şi boala prezentă.

H a r 11 a n d (1975) consideră că hipnoanaliza are două etape principale:

1. Analitică - se referă la descoperirea de către pacient a conflictelor inconştiente care sunt generatoare de simptome.
2. Sintetică - prin intermediul „insightului" şi reeducării, pacientul este ajutat să-şi elaboreze noi deprinderi de gândire şi noi modele de comportament şi în consecinţă să-şi reconstruiască încrederea în sine, în capacitatea sa de autocontrol şi de a face faţă existenţei aşa cum este ea.

176

Hipnoanaliza reprezintă deci o modalitate prin care terapeutul se adresează ego-ului inconştient al pacientului şi aceasta o face mai direct şi mai rapid decât prin intermediul psihanalizei.

Psihanaliza clasică utilizează patru tehnici de descoperire a conflictelor inconştiente şi toate acestea pot fi utilizate în cadrul hipnoanalizei:

1. Tehnica asociaţiilor libere.
2. Interpretarea rezistenţelor şi mecanismelor de apărare.
3. Analiza transferului.
4. Interpretarea viselor. Asociaţiile libere

Tehnica este asemănătoare cu cea a psihanalizei clasice, diferenţa constând în aceea că în hipnoanaiiză demersul are loc în transa hipnotică, iar procesul asociativ apare mai frecvent sub forma imaginării. Pacientul e încurajat să ia act de diversele

imagini, gânduri, asociaţii care îi trec prin minte, indiferent dacă legăturile dintre ele i se par logice sau nu. fnsăşi inducţia hipnotică va înlătura unele rezistenţe la asociaţia liberă. Asociaţiile se desfăşoară mai uşor în hipnoză şi adesea o singură şedinţă va furniza mai multe informaţii relevante decât câteva şedinţe în stare de veghe.
Transa medie este de regulă suficientă pentru ca pacientul să producă un material semnificativ pentru psihoterapeut. Hipnoanalistul trebuie să asculte în mod pasiv şi să evite întreruperea fluxului normal al asociaţiilor pacientlui (care vorbeşte liber) notând ce şi cum se exprimă acesta. Dacă el remarcă ceva deosebit, trebuie să-l interogheze pe pacient în legătură cu problema neclară, direcţionând fluxul asociaţiilor acestuia pe canalul dorit. Dacă
177
pacientul se blochează, terapeutul pune mâna pe fruntea acestuia şi comandă: „Voi număra până la 5 şi când voi ajunge cu numărătoare până la 5, îţi va veni în minte cuvântul sau imaginea care are legătură cu ceea ce ai spus înainte" (H a r 11 a n d, 1978). Mecanismele de apărare şi rezistenţele fn psihanaliză terapeutul interpretează rezistenţele pacientului. De pildă, când pacientul întârzie, terapeutul îi arată ce se ascunde în spatele întârzierii - un mecanism de apărare a eului: întârziind pacientul caută să evite să se ocupe de problemele sale timp de 50 de minute sau, când întîrzie frecvent, el poate dori în mod inconştient să-şi provoace terapeutul să-l dea afară. Psihanalistul interpretează aceste fenomene pentru pacient. Hipnoanalistul interpretează aceste mecanisme în acelaşi fel. Dar, în hipnoză pacientul este mai vulnerabil şi aceste rezistenţe trebuie manevrate cu mai multă grijă, blândeţe şi respect faţă de pacient. Ele nu trebuie atacate prea rapid. Astfel, de pildă, un student la arte plastice a venit la hipnoanaliză pentru că nu era capabil să-şi termine lucrarea de diplomă şi nu ştia dacă este sau nu homosexual, neavând curajul să se apropie nici de bărbaţi, nici de femei. Când a fost aplicată pentru prima dată tehnica teatrului interior, pacientul a spus în hipnoză că s-a defectat frânghia care trebuia să tragă cortina (de 2 ori). Apoi a văzut o nouă cortină metalică ce bloca vederea pe scena imaginară, fn această situaţie terapeutul a oprit încercarea pentru un timp, reluând-o abia după o lună de terapie. Acum tehnica a putut fi aplicată, pacientul văzând pe scena imaginară un bătrân care ataca sexual un băiat. Această scenă a readus în conştientul subiectului amintirea refulată din copilărie când acesta dormise în pat cu bunicul
178
său şi acesta a încercat să abuzeze sexual de el. Astfel, pacientul a ajuns să conştientizeze sursa fricilor sale de natură homosexuală (Erika Fromm, 1984). în hipnoanaliză interpretarea rezistenţelor nu este un mod necesar atât de riguroasă ca în psihanaliză. Uneori hipnoanalistul interpretează rezistenţele, dar sunt şi situaţii în care terapeutul observă rezistenţele şi le trece sub tăcere. El caută acele strategii terapeutice care să facă rezistenţele inutile. Numai atunci când aceste strategii dau greş terapeutul atrage atenţia pacientului asupra existenţei rezistenţelor. Analiza rezistenţelor nu mai reprezintă o piatră unghiulară ca în psihanaliză, mai ales datorită faptului că una din caracteristicile subiectului hipnotic este aceea de a coopera cu terapeutul, fapt ce face ca rezistenţele să se manifeste mai puţin decât în starea de vegehe. Transferul
Se referă în psihanaliză la faptul că pacientul are sentimente nerealiste faţă de terapeut pe care ii identifică cu o figură semnificativă din copilăria sa. (fi vede pe terapeut prin ochelarii trecutului, ochelari ce pot fi roz sau întunecaţi). Astfel pacientul caută să reediteze cu terapeutul o relaţie importantă din existenţa sa timpurie. Când pacientul realizează un transfer pozitiv, el îşi iubeşte şi îşi idealizează terapeutul. Când transferul e negativ - îl urăşte. Ambele tipuri de transfer trebuie lucrate de către terapeut. Transferul este şi mai puternic în hipnoanaliză comparativ cu psihanaliza clasică, pentru că în hipnoză pacientul are acces mai rapid la conflictele şi afectele sale reprimate, el fiind într-un contact mai

direct cu propriul său subconştient. Există trei mai categorii de transfer (Erika Fromm, 1984):
179
1. Transferul care caracterizează tipul infantil de dependenţă.
2. Transferul oedipian.
3. Transferul fratern.
• Dependenţa de tip infantil. Situaţia hipnotică în sine tinde să favorizeze transferul de tip dependenţă infantilă mai ales la începuturile ei. Pacientul vine la hipnoterapie şi aşteaptă ca terapeutul să aibă grijă de el să-i rezolve problemele în timp ce el „doarme". De fapt, pacientul vrea să fie dependent, considerându-l pe terapeut ca pe un părinte omniscent şi omnipotent. Sentimentele legate de transfer sunt nerealiste şi exagerate, el dorind ca terapeutul să ia deciziile în locul pacientului, aşa cum au făcut părinţii - tata sau mama - în copilăria sa.
• Transferul de tip oedipian. Aşa cum complexul lui Oedip are două laturi: dorinţa de a întreţine relaţii sexuale cu părintele de sex opus şi dorinţa de a câştiga obiectul dragostei în competiţia cu părintele de acelaşi sex, de a cărui răzbunare subiectul se teme - în hipnoză acest complex îmbracă aceleaşi două forme: seducţia şi competiţia cu dorinţa de moarte a concurentului. In hipnoanaliză aceste sentimente arhaice sunt transferate asupra persoanei hipnoterapeutului.
Aceste sentimente pot îmbrăca diverse forme:
- pacienta (femeie) poate avea fantezii legate de faptul şi hipnotizatorul o ţine în braţe, face dragoste cu ea;
- o altă pacientă poate acuza nejustificat terapeutul că a agresat-o sexual în timp ce se afla în hipnoză (aceasta din urmă se răzbună în mod inconştient pe terapeut; figura tatălui -pentru că nu a sedus-o)
180
• Transferul de tip fratern. Adesea pacientul dezvoltă în hipnoză o trăire de tip rivalitate fraternă.
Erika Fromm relatează cazul unei paciente care nu putea intra decât într-o transă uşoară în cabinetul terapeutului. Această pacientă a rugat-o s-o înveţe autohipnoza. Rezultatul a fost că pacienta relata că acasă, practicând autohipnoza, ea putea atinge o transă mult mai profundă. La o analiză mai atentă a reieşit un sentiment de rivalitate fraternă: „eu pot să fac asta mai bine decât o faci tu". Problema se pune dacă este util să interpretăm rivalitatea fraternă a pacientului aflat în hipnoză. Răspunsul majorităţii terapeuţilor este că e mai util să nu o facem, pentru că pacientul se va simţi jenat şi culpabil.
Dacă în psihanaliză se analizează în detaliu toate componentele transferului, în hipno-analiză e mai bine să nu conştientizăm chiar fiecare sentiment inconştient care îşi face apariţia (Fromm, 1968). Specialiştii sunt de părere că este mai constructiv să utilizăm sentimentele legate de situaţia transferenţială decât să le analizăm cu orice preţ.
Astfel, de pildă, Erika Fromm laudă pacienta aflată în heterohipnoză pentru succesele obţinute de ea în autohipnoza. Terapeutul îi spune că este foarte fericit că ea a învăţat să se ajute singură intrând în transă prin autoinducţie.
Terapeutul îi sugerează, de asemenea, în heterohipnoză că ea va intra într-o transă din ce în ce mai profundă prin autohipnoza şi că, în această situaţie, îi vor veni în minte tot felul de amintiri şi imagini care vor aduce o lumină nouă asupra problemelor sale. Aceste imagini vor
181
furniza un material tot mai bogat pentru viitoarea şedinţă de hipnoanaliză. Analiza viselor. După cum am mai arătat, F r e-u d (1953) a denumit visele nocturne „calea regală spre subconştient". Din punct de vedere psihanalitic visul este considerat ca o încercare a ego-ului de rezolvare a problemelor inconştiente ale subiectului. French şi Fromm (1964) au arătat că visul este o reacţie la un conflict cât şi o expresie a unui conflict de natură subconştientă. Orice vis nu este altceva decât o

încercare mai mult sau mai puţin izbutită de a rezolva conflictul. Psihanalistul sau hipnoanalistul care încearcă să descifreze un vis se află în situaţia unui cercetător care încearcă să descifreze un text scris cu hieroglife. Acest mesaj trebuie tradus în codul specific stării conştiente (de veghe). Demersul terapeutului trebuie să aibă în vedere decodificarea simbolurilor pentru a le face accesibile mentalului conştient al pacientului, fn ceea ce priveşte interpretarea viselor, hipnoanalistul are un mare avantaj faţă de specialistul în psihanaliză clasică. Psihanalistul trebuie să aştepte, uneori săptămâni, pentru ca pacientul să relateze visele sale. în acelaşi timp, psihanalistul clasic este confruntat mereu cu problema că marea majoritate a conţinutului viselor - chiar şi a celor pe care pacientul şi le aminteşte, a fost refulat, uitat, reprimat, fn schimb, hipnoza pune la dispoziţie o serie de mijloace care facilitează şi optimizează lucrul asupra viselor. Astfel:

- Hipnoanalistul are posibilitatea să inducă visele în timpul şedinţei de hipnoză. Aceste vise pot fi relatate imediat de către pacient.
- Hipnoanalistul poate sugera pacientului faptul ca el are „un vis legat de o problemă anume sau de un conflict" pe care terapeutul încearcă să-l ajute să şi-l rezolve.

- Dacă pacientul nu a ajuns la o soluţie prin intermediul visului, hipnoanalistului ii poate sugera faptul că el revisează din nou visul şi încearcă să se confunde încă o dată cu problema sa într-o manieră diferită şi la un nivel diferit. Terapeutul poate să-l încurajeze pe pacient în legătură cu faptul că va găsi o soluţie mai bună dacă va încerca să reviseze visul său (Sacerdo-te, 1967).
- Terapeutul poate, de asemenea, sugera pacientului că acesta va fi capabil să înţeleagă semnificaţiile şi simbolismul propriilor vise din ce în ce mai bine, pe măsură ce trece timpul. Hipnoanalistul dispune şi de mecanismul sugestiei posthipnotice.Astfel, el poate sugera pacientului că va visa o serie de vise importante, cu semnificaţie pentru problematica sa. Se poate sugera că deşi este posibil ca aceste vise să fie uitate, ele vor reveni în conştiinţa pacientului imediat ce acesta va intra în cabinetul psihoterapeutului.

Astfel, terapeutul poate explora şi interpreta împreună cu pacientul său întreg conţinutul viselor. Astfel, se poate lucra cu vise complete şi nu doar cu fragmente pe care eventual şi ie aminteşte pacientul.

Adesea, în timpul şedinţei de hipnoanaliză, când i se dă pacientului sugestia să viseze, acesta poate reproduce în mod spontan un vjs nocturn semnificativ, care fusese refulat, fn acelaşi timp, el poate produce un vis diurn care are semnificaţii psihologice ce pot fi interpretate.

Hipnoanaliză mai are şi alte avantaje comparativ cu psihanaliza clasică. Astfel, atunci când pacientul se află în hipnoză, mai ales într-o hipnoză profundă, terapeutul se poate adresa direct inconştientului subiectului prin utilizarea unor tehnici specifice dintre care amintim tehnica imaginaţiei dirijate sau regresia de vârstă.

fn astfel de situaţii inconştientul pacientului poate furniza răspunsuri nemijlocite. Datorită acestui fapt, hipnoza poate aduce îmbunătăţiri rapide în comportamentul pacienţilor. Tehnica hipnoanalitică se utilizează pentru descoperirea şi interpretarea conflictelor inconştiente. Odată ce terapeutul identifică un conflict de natură inconştientă, el trebuie să-l ajute pe subiect să rezolve conflictul respectiv, fn acelaşi timp, hipnoanalistul trebuie să-l conducă pe pacient în aşa fel încât acesta să vadă care este sursa luptelor sale interne şi să fie capabil să-şi reorganizeze mecanismele personalităţii sale astfel încât să ajungă la o formulă de viaţă productivă şi plăcută. Scopul final al hipnoanalizei este facilitarea maturizării şi creşterii psihice a pacientului. în afara tehnicii asociaţiilor libere şi analizei viselor, hipnoanaliza utilizează şi alte tehnici cum ar fi:

1. Tehnica imaginaţiei dirijate (F r o m m, 1984)

Psihanalistul Heinz Hartmann (1958) sublinia faptul că există două tipuri de imaginaţie:
a. imaginaţie simbolică, care reprezintă o strategie cognitivă a ego-ului inconştient;
b. imaginaţie de testare a realităţii care are rol de a asigura planificarea viitoarelor situaţii cu care subiectul este confruntat (ce va face sau ce va spune subiectul într-o situaţie dificilă). Hipnoterapeutul utilizează ambele tipuri de imaginare. Astfel, el recurge la imaginarea de tip simbolic atunci când doreşte, de pildă, să simbolizeze pentru pacient procesul evoluţiei sale de la o boală spre starea de sănătate ca fiind un râu tumultuos pe care pacientul trebuie să-l traverseze sau ca fiind un munte pe care acesta trebuie să-l urce.
Imaginarea care are drept scop testarea realităţii poate fi utilizată, de pildă, atunci când avem de-a face cu o fobie, cum ar fi fobia de

zbor cu avionul. Hipnoterapeutul poate descrie pacientului treaptă cu treaptă drumul său spre aeroport, intrarea în aeroport, predarea bagajelor, trecerea pe la organele de control ale aeroportului, îmbarcarea, călătoria cu avionul în timpul căruia subiectul îşi imaginează că citeşte o carte atât de interesantă încât ignoră disconfortul zborului.
Apelând la antrenamentul mental al unor situaţii psihotraumatizante în stare de hipnoză terapeutul ii poate ajuta pe pacient să obţină un mai bun control asupra realităţii. Prin hipnoterapie, pacientul ajunge să transfere sentimentul de succes din cadrul unor situaţii imaginare asupra unor situaţii reale (F r a n k I, 1976).
2. Tehnica ego-ului ideal. Un alt concept utilizat în cadrul hipnoanalizei este cel de „ego-ideal".
Psihologia psihanalitică face diferenţa dintre supraeu (ego) sau conştiinţa şi eul ideal. Supraeul stabileşte norme-graniţe-limite, în timp ce eul ideal stabileşte scopuri (S t o I a r şi Fromm, 1974).
Ego-ul ideal reprezintă ceea ce un individ doreşte sau visează să devină. Dacă cineva nu-şi atinge nivelul de aspiraţii, el trăieşte sentimente de jenă şi culpabilitate pentru că nu a ajuns atât de competent şi atât de perfect cât şi-ar fi dorit.
Hipnoanalistul ii poate ajuta pe pacient pentru a aduce ego-ul ideal în cursul terapiei ca şi cum acesta ar fi real.
De pildă, se poate sugera pacientului că un individ care arată exact ca şi el intră în încăpere, se aşează pe un alt fotoliu şi povesteşte cum a făcut el faţă în mod eficient şi competent acelor situaţii care ii preocupă pe pacient. Apoi, se poate sugera îh continuare că pacientul se contopeşte, devine una cu acelaşi personaj eficient.
AUTOHIPNOZA
Ce este autohipnoza?
Dacă hipnoza reprezintă o stare modificată de conştiinţă indusă de către o altă persoană (hipnotizator, hipnoterapeut), autohipnoza este o stare asemănătoare pe care subiectul învaţă să şi-o inducă singur.
Pentru a încuraja independenţa şi autonomia pacientului se recomandă astăzi tot mai mult practicarea autohipnozei mai ales după ce subiectul a realizat câteva şedinţe de hipnoză sub îndrumarea unui terapeut calificat, care are şi menirea de a-l învăţa principiile şi tehnica autohipnozei. Totuşi, dacă problemele nu sunt prea grave, puteţi încerca şi singuri să vă folosiţi de o astfel de tehnică.
Autohipnoza este considerată, alături de relaxare, o metodă de autoterapie, autoreglare a stărilor psihice ale omului şi o modalitate de explorare creativă a eului, în care subiectul îşi poate cunoaşte mai bine propriile probleme, le poate rezolva supunându-se propriilor sale autosugestii, fn autohipnoza subiectul îşi investighează lumea sa subiectivă, gândurile, amintirile, fanteziile, pentru a afla mai precis, cine este el de fapt. Odată cunoscute dificultăţile şi particularităţile individului, se poate trece la depăşirea acestora şi la autoper-fecţionarea propriilor posibilităţi. Concret, ce putem realiza prin autohipnoza? - să ne cunoaştem mai bine şi mai profund;

186
- să ne relaxăm după o zi încordată şi agitată;
- să realizăm un inventar al propriilor noastre probleme şi să stabilim o strategie de rezolvare a lor;
- să ne eliberăm, prin utilizarea autosugestiilor, de anxietate, tristeţe, irascibilitate, insomnii, dureri de cap (de natură psihogenă), de fluctuaţii ale dispoziţiei şi randamentului, de gânduri negative şi complexe de inferioritate;
- să ne îmbunătăţim capacitatea de concentrare a atenţiei, memoria, voinţa, să gândim mai lucid şi să ne autoprogramăm psihicul pentru o viaţă mai sănătoasă şi eficientă;
- să ne debarasăm de unele deprinderi negative cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool sau medicamente.
Ce trebuie să ştim înainte de a face autohip-noza?
Psihicul omului nu se reduce doar la elementele conştiente, de care ne dăm seama, ci el cuprinde şi zone inconştiente, la care nu avem acces cu ajutorul gândirii raţionale şi care conţin atât resurse şi disponibilităţi creative nebănuite cât şi conflicte şi psihotraume reprimate care se pot transforma în simptome nevrotice sau psihosomatice.
Inconştientul poate lucra în favoarea individului sau împotriva lui, îl poate face un creator fericit şi eficient sau, dimpotrivă, un om nefericit sau chiar bolnav.
Observaţiile empirice şi practica clinică au arătat că, de cele mai multe ori, când apare un conflict între conştient şi inconştient, inconştientul este cel care câştigă bătălia. Mulţi psihologi spun chiar că inconştientul este un fel de „şef" care ne conduce fără ca noi să ne dăm seama, fn acelaşi timp însă, la nivel inconştient nu se poate face deosebirea dintre adevărul sau falsul unei informaţii, neexistând posibilitatea de
187
testare a realităţii. Dacă, dintr-un motiv oarecare s-a fixat informaţia: „Când Ana travesează o stradă sau o piaţă largă i se face rău", atunci când Ana se apropie de locul cu pricina, criza se declanşează ca şi cum ar fi apăsat pe un buton de comandă, fn mod inconştient se activează programul şi se declanşează simptomul.
Programarea „inconştientului" se poate realiza în stare de relaxare sau, şi mai eficient, în stare de autohipnoză prin autosugestii de tip afirmativ, prin tehnica imaginaţiei dirijate (vizualizate) şi prin practicarea gândirii pozitive. Autosugestiile sunt afirmaţii prin care subiectul îşi pune în gând cum doreşte el să fie sau ce doreşte să realizeze. Construirea autosugestiilor Pentru ca aceste autosugestii să fie eficiente ele trebuie să îndeplinească unele condiţii:
- să se utilizeze doar afirmaţii cu conţinut pozitiv (de exemplu în loc de „nu-mi va mai fi niciodată teamă" trebuie să spunem: „sunt deja calm, puternic, echilibrat!");
- autosugestiile se combină cu tehnica vizualizării;
- după ce am practicat un timp autohipnoză sau relaxarea, putem utiliza şi autosugestii în stare de veghe, atunci când ne simţim nervoşi;
- autosugestiile administrate în stare de relaxare trebuie să fie utilizate anticipat, atunci când ne pregătim să facem faţă unei situaţii dificile sau care ne creează teamă. Persoana care doreşte să practice autohipnoză trebuie să înveţe să-şi creeze propriile autosugestii pentru a-şi rezolva problemele personale. Acestea trebuie construite pornind de la conţinutul problemelor şi gândurilor negative care ne vin în minte.
188
De pildă, pentru o persoană cu gânduri suicidare se poate construi sugestia: „Viaţa mea conţine multe lucruri pozitive", „Vreau să trăiesc până mă bucur de toate lucrurile pozitive din viaţa mea".
lată, pentru exemplificare, câteva modele de autosugestii pentru îmbunătăţirea imaginii de sine(Handley şi Neff, 1985):
- sunt o persoană echilibrată, eficientă şi generoasă, care merită să aibă succes;

- zi de zi pe toate căile eu devin persoana care doresc să fiu;
- sunt perfect calm, fericit, cu încredere în mine;
- corpul meu este perfect sănătos şi normal;
- mintea mea funcţionează perfect şi găsesc în mine noi posibilităţi creative de a trăi. Tehnica vizualizării

Vizualizarea („a te vedea în minte"), o altă tehnică de autoprogramare a inconştientului, constă în reprezentarea mentală a modului în care dorim să fim sau a situaţiei pe care dorim să o creem. Ea se deosebeşte de simpla reverie sau visare diurnă prin aceea că se realizează numai în stare de relaxare sau autohipnoză şi are un caracter dirijat şi planificat. Pentru ca vizualizarea să aibă efecte dorite, trebuie să respectăm, de asemenea, câteva reguli elementare:
- imaginile să aibă un conţinut pozitiv;
- să se folosească imagini detaliate, vii;
- imaginea să fie asociată cu autosugestia şi cu starea afectivă corespunzătoare;
- să se lucreze cu această tehnică suficient de mult timp (cel puţin 30 de zile pentru a rezolva „o problemă").

Gândirea pozitivă

Unii oameni sunt stresaţi datorită personalităţii de bază. Ei fac probabil parte din cadrul tipului A de personalitate, care munceşte zi şi noapte
189
fără odihnă, fără să-şi acorde timp de relaxare sau distracţii. Pentru persoanele astfel structurate, perfecţioniste, orice mic eşec este o catastrofă. Alte persoane au o imagine negativă despre sine datorită psihotraumelor suferite în copilărie, iar o a treia catogorie se văd pe sine în culori negative pentru că nu pot face faţă aşteptărilor exagerate, iraţionale pe care alţii le pun în faţa lor (de pildă părinţii care nu concep ca fiul lor să nu fie premiant, care îl silesc să facă pian şi matematică, deşi nu are aptitudini sau copilului i-ar plăcea altceva). Oamenii pot atinge performanţe extraordinare când aleg corect lentilele prin care să-şi privească propriile limitări. Acestea se realizează prin concentrarea asupra calităţilor pe care le avem şi nu asupra defectelor noastre. Inconştientul persoanelor care au succes în viaţă e programat în mod spontan pe ideea că ei pot face lucruri mari. O astfel de programare se poate realiza însă şi deliberat. Odată ce am admis faptul că noi nu gândim clar şi că gândirea „negativă" este o parte a propriului psihic, putem încerca să o modificăm. Primul pas este identificarea manifestărilor gândirii negative, proces numit de psihologi conştientizare cognitivă. Urmează apoi înlocuirea ei treptat cu gândirea pozitivă - restructurarea cognitivă - proces care lucrează atât în stare de veghe cât şi în relaxare, lată câteva modele de gândire negativă care influenţează multe persoane (după H a n d I e y şi Neff, 1985):

- tendinţa spre perfecţionism, tendinţă prin care individul îşi pune în faţă standarde, exigenţe şi scopuri excesiv de înalte, neraţionale;
- .concentrare asupra negativului - este tendinţa de a exagera o situaţie negativă, permiţându-i să le întunece pe celelalte;

190

- refuzul pozitivului - este tendinţa de a căuta şi descoperi aspecte negative chiar în situaţiile pozitive (când cineva îmi face un compliment îmi închipui că îşi bate joc de mine);
- fenomenul transformării „albului în negru". Aceasta se manifestă atunci când folosim fapte neutre sau chiar pozitive pentru a trage concluzii negative. O modalitate frecventă de a face acest lucru este de a interpreta ca ostile acţiunile unei persoane care de fapt se simte stânjenită sau are o supărare personală;
- modelul amplificare-reducere reprezintă deprinderea de a exagera un eveniment negativ şi de a minimaliza unul pozitiv;
- crearea de fantasme prin care ne lăsăm în voia reveriei cu conţinut negativ care ne invadează psihicul;
- comportamentul „trebuie" care ne determină să acţionăm împotriva voinţei

noastre de parcă un şef imaginar şi sever ne-ar presa mereu. Această gândire tiranică nu face decât să producă culpabilitate care mai mult frânează decât ne ajută să acţionăm;

• eroarea de generalizare de a ne spune tot timpul că suntem răi sub toate aspectele dacă am făcut o greşeală oarecare. Adevărul este că toţi oamenii fac greşeli şi că nu sunteţi o persoană mai puţin valoroasă dacă vi s-a întâmplat să greşiţi.

O altă variantă a aceleiaşi erori este şi tendinţa de a generaliza o respingere întâmplătoare asupra tuturor situaţilor de viaţă (când o fată s-a purtat rece cu tine la o petrecere, iţi spui imediat că „nu faci două parale");

• asumarea unor responsabilităţi care nu ne privesc, înseamnă a ne simţi vinovaţi de erorile şi comportamentele negative produse de alte persoane (de exemplu, dacă soţul bea prea mult, soţia plânge şi-şi spune „e vina mea").

191

Cum putem opri cursul gândirii negative, atunci când am identificat-o?

O metodă simplă este să rugăm pe cineva apropiat să ne atragă atenţia ori de câte ori gândirea noastră negativă este exprimată cu voce tare.

Când gândirea negativă se exprimă în limbaj interior, putem utiliza metoda opririi bruşte (ne spunem în gând: „opreşte!"), fie pe cea a încetinirii vocii interioare cu conţinut negativ (U n e s t a h I, 1988). Aceasta constă în identificarea respectivei voci interioare şi încercarea de a o face să ne răsune în minte tot mai încet, până când nu se mai aude aproape de loc.

Acţiunea cea mai eficientă o realizează gândirea pozitivă în stare de relaxare sau autohipnoză. Pentru pacienta care se teme să iasă singură pe stradă pentru că va avea un atac de panică, se recomandă ca în stare de relaxare să îşi spună: „Ori de câte ori voi ieşi pe stradă corpul şi mintea mea vor fi perfect relaxate. Mă voi simţi calmă, echilibrată, destinsă. Mă bucur să ies pe stradă şi să îmi rezolv singură problemele", în acelaşi timp ea se va vedea cu ochii minţii pe sine mergând peste tot, senină, cu o figură zâmbitoare, făcând lucruri interesante, care îi fac plăcere.

Cum să inducem autohipnoză? Primul pas în inducerea autohipnozei este învăţarea unei tehnici simple de relaxare, fn prezenta lucrare nu ne propunem descrierea mecanismelor relaxării, ci doar prezentarea unor procedee elementare care pot fi utilizate de către oricine, fără riscuri. Avertizăm pe cititori că dică problemele lor sunt mai serioase este bine să se adreseze cabinetelor de psihoterapie sau medicină psihosomatică.

192

Luaţi o poziţie comodă, culcat pe spate, cu capul ridicat (este indicat să folosiţi o pernă mică) şi braţele uşor depărtate de corp, palmele în sus şi picioarele de asemenea uşor depărtate. Puteţi, la nevoie, să vă aşezaţi şi într-un fotoliu, cu capul sprijinit şi braţele aşezate comod pe braţele fotoliului sau pe coapse. La început încordaţi de câteva ori toţi muşchii şi apoi căutaţi să-i destindeţi, închideţi ochii şi căutaţi să vă imaginaţi că destindeţi muşchii frunţii, obrajii, maxilarele. Căutaţi să simţiţi pleoapele grele, grele ca atunci când sunteţi pe cale să adormiţi. Relaxaţi apoi muşchii cefei şi gâtului, apoi umerii şi braţele de sus până în vârful degetelor. Destindeţi musculatura pieptului, abdomenului spatelui Căutaţi să vă imaginaţi cum coloana vertebrală parcă se destinde pe dinăuntru, parcă vertebrele se depărtează unele de altele ca verigile unui lanţ care se întinde. Relaxaţi picioarele pornind cu coapsele, gambele şi ajungând până la degete. Expiraţi de câteva ori profund şi lent, imagina-ţi-vă că odată cu fiecare expiraţie corpul devine tot mai moale, mai destins, mai liniştit. Apoi spuneţi-vă în gând că braţele devin grele, tot mai grele, parcă ar fi de plumb. Imaginaţi-vă în acelaşi timp că două greutăţi (cărţi groase, săculeţi cu nisip) sunt aşezate pe braţe şi le apasă, făcându-le tot mai grele, grele ca de plumb. Vizualizaţi greutăţile care apasă pe picioare şi le fac din ce în ce mai grele. Spuneţi-vă apoi că tot corpul devine mai greu, tot mai greu, mai destins, mai liniştit, căutând să creaţi imaginea propriului corp care stă întins, liniştit, pe o pajişte însorită sau pe

o plajă la mare.
Căutaţi să menţineţi imaginea plăcută şi odihnitoare în care vă vedeţi odihnindu-vă în mijlocul
193
naturii şi spuneţi-vă că vă cuprinde o stare de calm, de linişte, pace interioară. Semnul că relaxarea a reuşit este că vă simţiţi destinşi, liniştiţi şi parcă vă vine greu să ieşiţi din starea pe care singuri aţi creat-o. Când doriţi să reveniţi, vă spuneţi în gând că reveniţi la normal, vizualizaţi corpul care revine la tonusul firesc, inspiraţi de câteva ori profund, expiraţi scurt, mişcaţi degetele de la mâini şi de la picioare, apoi braţele şi picioarele. Strângeţi de câteva ori pumnii, inspiraţi şi expiraţi şi apoi vă ridicaţi vioi, fără însă a brusca organismul. Dacă relaxarea nu a reuşit nu fiţi demobilizaţi, încercaţi de multe ori, în zile şi ore diferite. Până . la urmă inconştientul dumneavoastră va găsi singur soluţia de a se pune în starea agreabilă în care poate lucra atât de bine. Dar relaxarea nu este decât prima fază a autohipnozei pe care mulţi autori au denumit-o relaxare profundă.
După ce subiectul a parcurs câteva şedinţe de hipnoză sub îndrumarea unui specialist sau a practicat cu succes relaxarea, modalităţile de a intra în autohipnoză i se vor părea destul de simple.
Hunter (1987, cit Holdevici şi Vasi-I e s c u, 1991) afirmă că se poate intra uşor în autohipnoză prin următoarele tehnici, care trebuie însă aplicate după ce sa instalat o stare de relaxare uşoară:
- număraţi în gând. rar. până ajungeţi la o cifră mare(peste o sută); tehnica este mai eficientă dacă in timp ce număraţi căutaţi să vizualizaţi cifrele scrise cu creta pe o tablă;
- repetaţi de mai multe ori mental o serie de numere,
- repetaţi de mai multe ori literele alfabetului;
194
- imaginaţi-vă că urcaţi pe o scară, treaptă cu treaptă, spre terasa unui castel aflat într-o grădină frumoasă;
- ascultaţi în gând zgomotul plăcut produs de un râu de munte care curge lovindu-se de pietre şi lăsaţi-vă purtat de sunetul respectiv;
- utilizaţi orice alt vis treaz (cu conţinut pozitiv) cu care v-aţi obişnuit;
- bucuraţi-vă de stimulii care vă sunt familiari: tic-tac-ul unui ceasornic, sunetul valurilor mării, o piesă muzicală favorită sau propriul ritm respirator, pentru a aprofunda starea de relaxare în care vă aflaţi.
Desigur, pentru o inducţie nu este nevoie de toate aceste tehnici deodată. Căutaţi să vedeţi care dintre ele vă convine cel mai mult. Veţi recunoaşte cu siguranţă starea de autohipnoză după profunzimea ei, după senzaţia plăcută de plutire, de linişte, parcă de pierdere a percepţiei a propriului corp cât şi după starea afectivă agreabilă de linişte, calm şi încredere.
Odată starea instalată putem investiga inconştientul în legătură cu propriile probleme şi apoi îl putem reprograma schimbându-ne întreaga existenţă, devenind mai sănătoşi, mai echilibraţi, mai fericiţi, mai eficienţi. Reprogramarea se realizează prin utilizarea autosugestiilor afirmative, a vizualizării, a cultivării gândirii pozitive şi prin stabilirea unor scopuri precise legate de modul în care doriţi să vă transformaţi.
A dori şi a spera nu atrag automat după sine nici o schimbare, fn schimb stabilirea unor scopuri o poate aduce, ele reprezentând treptele de urmat pentru a face ca o schimbare dorită să devină realitate. Fie că ne place, fie că nu, dorinţele noastre devin scopuri pentru inconştient, se fixează sub forma unor programe
195
care ne dirijează existenţa. Din păcate, adesea aceste scopuri se exprimă în sens negativ, blocându-ne activitatea
Pentru ca scopurile propuse să ne ajute să ne dezvoltăm trebuie să fim animaţi de dorinţa fierbinte de a reuşi să le atingem. Scopul propus trebuie să fie suficient de

important pentru individ, astfel încât să-l facă să-şi mobilizeze forţele pentru a-l atinge, în acelaşi timp, scopurile trebuie să fie realiste. Nu ne putem transforma peste noapte dintr-o persoană grasă într-una slabă, dar un scop stabilit pe termen lung poate să ne ajute să slăbim. Ca şi celelalte autosugestii, scopurile trebuie exprimate în termeni pozitivi. înlocuiţi formularea: „nu mai vreau să fiu grasă" cu formularea: „mă văd suplă". Unii autori consideră că ceea ce sa prelucrat în stare de autohipnoză se va întări în stare de veghe prin practicarea comportamentului „ca şi cum", ceea ce înseamnă: „comportaţi-vă ca şi cum aţi fi deja persoana care doriţi să deveniţi", în cele ce urmează vom prezenta câteva strategii psihoterapeutice şi autoformative în cadrul cărora autohipnoză joacă un rol central. Strategiile pot fi utilizate de subiectul care stăpâneşte tehnica autohipnozei şi relaxării, chiar în absenţa unui terapeut calificat (după Handlex şi Neff, 1985), ele putând servi drep; model şi pentru soluţionarea unor probleme de altă natură. Strategie pentru o cură de slăbire reuşită Scopul pe care şi-l propune persoana: Voi cântări atâtea kilograme câte sunt normale pentru vârsta şi structura mea. Vizualizarea (în stare de hipnoză): 1. Mă văd pe mine, pe plajă, în costum de baie, arătând bine.
196
2. Mă văd arătând suplă şi graţioasă la o petrecere la care mă simt bine.
3. Când îmi vin în minte alimentele care îngraşă şi care mă tentează, îmi imaginez că trasez semnul X peste ele.
4. fi văd pe soţul meu (sau orice altă persoană) privindu-mă cu plăcere şi făcându-mi complimente că arăt bine.
Sugestii cu caracter afirmativ (administrate în stare de autohipnoză):
• Zi de zi devin tot mai suplă.
• Merită efortul să fac exerciţii şi să ţin regim.
• fmi face plăcere să mănânc raţional pentru a-mi menţine silueta şi a-mi păstra sănătatea.
• fmi face plăcere hrana din cadrul regimului pe care mi l-am ales.
înlăturarea gândirii negative şi restructurarea cognitivă:
1. Evitarea tendinţei spre perfecţionism. „Nu e nimic dacă mi s-a întâmplat să mănânc ce nu trebuie. Pot să-mi ating scopul cu toate acestea".
2. înlăturarea ideii şi tendinţei că mâncatul ne ajută să suportăm mai bine stresul. „Voi înceta să compensez cu ajutorul mâncatului orice pierdere. Voi înlocui gândul «voi mânca această prăjitură pentru a nu mă simţi atât de nenorocită» cu gândul «îmi lipseşte cu adevărat persoana X, dar mâncând prea mult nu o voi aduce înapoi Voi depăşi treptat această pierdere. Până atunci, voi avea puţină grijă de mine»".
3. Eliminarea concentrării negative: „voi înceta să-mi spun mereu că arăt rău pentru că sunt prea grasă. Mă voi îmbrăca cu gust şi voi pune accentul pe trăsăturile mele pozitive".
4. Modificarea gândirii „albul e negru": „voi înceta să prevăd că nu pot să slăbesc".
197
Autorii menţionaţi sunt de părere că achiziţiile obţinute pe plan psihic trebuie întărite la nivel comportamental.
• Voi studia lucrări despre regimurile alimentare.
• îmi voi planifica mesele astfel încât să nu depăşească 1500 de calorii.
• Ori de câte ori refuz un aliment care îngraşă îmi notez fntr-un carnet şi îmi acord o recompensă
• Voi accepta cu plăcere complimentele pe care mi le fac alţii pentru că am slăbit şi arăt bine.
• Voi ţine un grafic zilnic al greutăţii mele.
• Voi ţine p evidenţă a progreselor din domeniul exerciţiilor fizice.
Program pentru reducerea anxietăţii în cazul unor afecţiuni somatice grave Desigur, orice persoană care află că are o boală somatică gravă care îi ameninţă viaţa e normal să se simtă speriată şi dezorientată. Teama excesivă însă nu face decât să înrăutăţească evoluţia bolii. Autorii mai sus menţionaţi citează cazul unui bărbat de

62 de ani care. diagnosticat cu un cancer incipient, operabil, a decedat de atac de cord datorită fricii excesive. în astfel de situaţii este necesar să reprogramăm subconştientul pentru a pune în mişcare resursele de vindecare ale organismului.
Scopul propus: Mă voi vindeca total. Vizualizare în autohipnoză:
1. Mă văd pe mine perfect calm, radiind de sănătate.
2. Vizualizez celulele canceroase devenind tot mai slabe, mai lipsite de putere, fmi reprezint globulele mele albe ca pe nişte cavaleri în armură care ucid celulele canceroase.
3. Mă văd ocupându-mă de lucrurile care îmi fac plăcere şi bucurându-mă de ele.
Sugestii afirmative (în autohipnoză):
198
1. Zi de zi sănătatea mea se îmbunătăţeşte.
2. Corpul meu are capacitatea naturală de a se autovindeca şi eu îl ajut să o facă.
3. Mă simt bine şi capabil să fac acele lucruri pe care doresc să le fac.
Restructurarea cognitivă:
1. Eliminarea tendinţei de a te simţi respins de toată lumea: Voi înceta să-mi spun că ceilalţi nu mă plac şi de aceea nu mă vizitează. Voi fi recunoscător acelor persoane care mă iubesc.
2. înlăturarea concentrării negative. Voi înceta să mă gândesc tot timpul doar la boala mea şi voi înlocui gândurile negative cu gânduri pozitive despre ceea ce vreau să fac în viitor.
3. Eliminarea modului de gândire „albul e negru": „voi înceta să prevăd că se vor întâmpla doar lucruri rele şi mă voi antrena să mă gândesc doar la lucruri bune".
4. înlăturarea fanteziilor imaginative cu conţinut negativ: Voi înceta să-mi spun că boala mea este ceva la care trebuie să mă adaptez şi care în cele din urmă mă va ucide şi voi cultiva o stare de sănătate bună.
Modificările pe planul comportamentului manifest:
1. Voi practica autohipnoză de 6 ori pe zi timp de câte 5 minute înainte de a mă reprograma centru o bună sănătate.
2. Voi studia în amănunt boala mea astfel încât autosugestiile şi vizualizările să fie cât mai corecte. (Voi discuta cu medicul meu asupra acestor amănunte).
3. Mă voi comporta amabil cu cel puţin 5 persoane în fiecare zi pentru a evita respingerea de către acestea şi mă voi menţine într-o atitudine extroversă şi deschisă.
4. Mă voi documenta mai mult şi voi practiva hobby-ul meu preferat.
5. Voi lua medicamentele prescrise de medic.
199
6. Mă voi comporta în societate absolut normal, ca şi cum aş fi perfect sănătos.
7. Le voi spune celorlalţi că mă voi face bine. în astfel de cazuri, Handley şi Neff (1985) recomandă ca vizualizarea să fie făcută cu cât mai multe detalii, cât mai precise. De asemenea, ei sfătuiesc pacientul să evite să se gândească la sănătatea lui precară. Dimpotrivă, el trebuie să-şi activeze cât mai mult expectaţiile legate de faptul că va mai trăi încă mult timp pe pământ, stabilindu-şi scopuri de lungă durată care presupun realizarea unor lucruri interesante şi folositoare celorlalţi. Să nu uităm recunoscutele cuvinte ale lui lisus: „Credinţa ta te-a vindecat", sau „dacă aţi avea credinţă cât un grăunte de muştar, veţi spune muntelui acesta să se mişte şi el se va mişca".
Program pentru abandonarea consumului
abuziv de alcool
Scopul stabilit:
Mă simt perfect fericit fără să consum băuturi
alcoolice.
Vizualizare (în autohipnoză):
1. Mă văd pe mine sănătos şi relaxat.
2. Mă văd îndepărtând nişte cătuşe care îmi ţin mâinile şi picioarele legate.

3. îmi vizualizez arterele şi venele pline de sânge roşu curat, liber de chimicale.
4. Imi văd creierul ca şi cum ar fi o maşină cu multe pistoane care funcţionează în armonie perfectă. Fiecare piston lucrează la timpul potrivit, ajutându-mă să gândesc clar şi eficient.
5. Mă văd la o petrecere desenând un X peste paharele cu băutură care mi se oferă.
6. Mă văd la altă petrecere mulţumit, vesel şi destins, fără să beau nimic.
Sugestii afirmative (în autohipnoză):
1. Devin pe zi ce trece tot mai sănătos, fără
alcool sau droguri.
200
2. fmi place cum funcţionează corpul şi mintea mea fără chimicale.
3. Sunt liber de orice dorinţă de a consuma alcool sau medicamente neprescrise de medic. 4 Mă bucur că mă voi distra la petreceri fără să beau alcool.
Restructurare cognitivă:
1. înlăturarea modului de gândire „albul e negru": ..Voi înceta să-mi spun că nu pot să mă bucur de viaţă fără alcool sau droguri. Voi prevedea un succes total în încercarea mea de a mă lăsa de băutură".
2. Oprirea fanteziilor cu conţinut cognitiv:
îmi voi aminti mereu că sunt liber să aleg calea pe care o doresc, deşi înainte am folosit alcoolul pentru a scăpa de stările proaste, acum am decis să fac faţă acestor stări, să le abordez într-un mod constructiv. Modificări în plan comportamental: 1. Ori de câte ori mi se oferă ceva de băut voi refuza.
2 Voi spune tuturor cunoscuţiilor şi rudelor că m-am lăsat de băutură.
3 Voi înlocui deprinderea greşită cu un program de exerciţii fizice care să mă relaxeze şi să mă menţină în formă.
4. fmi voi planifica modul în care mă voi comporta la o petrecere fără să depind de alcool. Voi căuta mai curând să fiu amabil şi interesat de alţii decât să fac o impresie bună cu orice preţ.
5. Imi voi nota cu regularitate succesele, le voi revedea frecvent şi mă voi recompensa pentru ele.
Pentru ca programele propuse să aibă efect, este indicat ca, după învăţarea relaxării şi autohipnozei, acestea să fie practicate zilnic (sau chiar de mai multe ori pe zi pentru problemele mai serioase) până la eliminarea problemei care ne deranjează.
METAFORĂ Şl RITUAL ÎN PSIHOTERAPIE
Metafora este o figură de stil care constă în a acorda unui termen o semnificaţie nouă în virtutea unei comparaţii subînţelese. Metaforele sunt utilizate frecvent atât în limbajul curent, cât şi în psihoterapie. Rolul psihoterapeutic al metaforelor este cunoscut din cele mai vechi timpuri, ele fiind înglobate în cadrul metodelor tradiţionale de tratament. Astăzi, clinicieni de cele mai diverse orientări terapeutice redescoperă utilitatea lor în psihoterapie. E r i k s o n (1935; 1944) şi K o p p (1971; 1972) au adus o contribuţie însemnată la implementarea acestei tehnici psihoterapeutice. Psihanaliştii tind să interpreteze metaforele utilizate de pacienţi prin prisma conceptelor analitice.
După R i c h a r d s (1936) o metaforă simplă constă din doi termeni ce presupun o relaţie dintre ei. De exemplu, în metafora „George este un leu", avem primul termen, pe George, care reprezintă subiectul metaforei şi al doilea (este un leu) reprezintă predicatul sau „vehiculul" metaforei.
fn psihoterapie, de cele mai multe ori subiectul metaforei este pacientul însuşi. „Sunt alergic la lumea asta", spunea un pacient care purta două pulovere fn toiul verii. Perrine (1971) clasifică metaforele simple în funcţie de caracterul lor implicit sau explicit, fn
202
psihoterapie de cele mai multe ori atât subiectul cât şi vehiculul (predicatul) metaforei au un caracter implicit, terapeutul având sarcina să descopere ceea ce este implicit şi să facilite2e schimbarea pacientului. Relevanţa psihoterapeutică a

metaforelor se bazează pe faptul că limbajul utilizat de pacient este un indicator al conţinutului gândirii acestuia. Pacientul tinde să-şi descrie adesea problemele sub formă metaforică, acest element constituind un punct de plecare pe baza căruia clinicianul îşi construieşte planul psihoterapiei. H e y n e s (1975) arată că insight-ul pe care îl sugerează o bună metaforă deschide drumul pentru noi întrebări şi ipoteze care fertilizează demersul psihoterapeutic. B r u n e r (1957) şi Rotenberg (1979) consideră abordarea metaforică un mod de gândire creatoare, fn cursul psihoterapiei terapeutul are sarcina să deblocheze energia creatoare a pacientului împingându-l pe drumul rezolvării propriilor probleme. Imaginile şi propoziţiile metaforice vor acţiona ca planuri de acţiune pentru terapeut şi pacient, în psihoterapie se poate face apel la o singură metaforă cu caracter esenţial, care reprezintă „cheia" problemei sau la mai multe metafore care vizează obiective mai limitate din cadrul unui demers psihoterapeutic mai complex, adesea eclectic. Formele sub care se utilizează metaforele în psihoterapie sunt: afirmaţiile cu caracter metaforic făcute de pacient sau terapeut, povestirile cu conţinut metaforic, producţiile imaginative, metaforice şi acţiunile sau ritualurile metaforice. Funcţiile principale pe care le îndeplinesc metaforele în psihoterapie sunt următoarele:

• Descoperirea şi conştientizarea unor aspecte esenţiale ale problematicii psihopatologice a pacientului (formularea problemelor).
Prin intermediul unei metafore bine alese pacientul învaţă să-şi recunoască propriile probleme.
• Sugerarea unor soluţii posibile de rezolvare a problemelor pacientului.
• întărirea motivaţiei pacientului de a se angaja fn demersul psihoterapeutic.
• Stabilirea relaţiei terapeutice şi controlarea acesteia pe parcursul psihoterapiei.
• Stabilirea unor scopuri şi direcţii posibile de acţiune pentru pacient.
• Reducerea rezistenţelor pacientului.
• Stabilirea unor modele indirecte de comunicare cu pacientul.
• Desensibilizarea de anxietate şi reacţii fobice.
• Redimensionarea şi redefinirea problemelor pacientului.
• Reconstrucţia şi fntărirea ego-ului pacientului.
• Implantarea în psihicul pacientului a speranţei că are încă resurse nebănuite (latente) pentru a face faţă propiilor probleme.
Experienţa psihoterapeuţilor a arătat faptul că strategiile metaforice se pot utiliza foarte eficent combinându-se cu tehnici de relaxare sau hipnoză.
Prezentăm în cele ce urmează principalele strategii metaforice utilizate în literatura de specialitate:
1. Tehnica imaginaţiei metaforice dirijate
Această abordare se deosebeşte de cele în cadrul cărora conţinutul celor imaginate este foarte riguros precizat, ca de pildă în tehnica imaginării afective dirijate din psihoterapia dinamică a lui L e u n e r (1978) sau ca în tehnica retrăirii unor situaţii psihotraumatizante

trecute din cadrul hipnoterapiei orientate com-portamentalist(Kroger şi Fetzler, 1976). In fazele de început ale psihoterapiei pacientul este ajutat să-şi creeze imagini metaforice care apoi vor deveni puncte de plecare pentru tehnica imaginării metaforice dirijate prin intermediul cărora se va încerca modificarea acestuia.
Van der Hart (1985 b) descrie cazul unui pacient de 38 ani, depresiv, cu idei suicidare. Acesta îşi descria situaţia în termeni de tipul: „nu mai văd nici o cale de

ieşire" şi considera sugestiile date de terapeut ca fiind lipsite de sens. Terapeutul, simţind că pacientul posedă încă suficientă energie care să poată fi utilizată în psihoterapie, a adus la viaţă metafora de nucleu (care exprima esenţa problemei pacientului); „nu văd nici o cale de ieşire", solicitându-l pe acesta să vizualizeze ideea că nu vede nici o cale de ieşire şi apoi oferindu-i sprijin pentru a găsi o cale de ieşire, fn mod concret, terapeutul a procedat astfel: după inducţia hipnotică i se sugerează pacientului că se alfa la capătul de sus al unei scări cu 12 trepte, scară pe care trebuie s-o coboare pentru a ajunge la capătul unui culoar întunecos cu o singură uşă. Această sugestie presupune faptul că deşi pacientul putea să nu vadă ieşirea, trebuie să existe una. In continuare, terapeutul ii sugerează pacientului să descopere uşa pe pipăite (utilizarea altei modalităţi senzoriale). Se sugerează apoi că pacientul găseşte uşa şi o deschide. Spaţiul de afară este tot întunecos dar se poate zări o rază de lumină în depărtare. Terapeutul îl încurajează pe pacient să-şi găsească drumul prin tunelul care se deschide, fn tunel pacientul trăieşte imaginar o serie de experienţe psihotrauma-tizante cum ar fi deplasarea pe nisipuri mişcătoare, întâlnirea cu animale terifiante etc.

205

La trezire pacientul manifestă amnezie faţă de conţinutul imaginativ trăit. După două săptămâni pacientul a raportat schimbări dramatice în atitudinea şi comportamentul său, devenind mai optimist şi încercând să ia unele măsuri pentru a-şi îmbunătăţi situaţia personală, fntr-o fază ulterioară a terapiei discuţia psihoterapeutică se desfăşoară pe tema modului în care pacientul îşi va găsi singur soluţia de viaţă.

fntr-un alt caz (Witzum. Van der Hart şi Barbara Friedman 1988), o femeie de 43 de ani a solicitat sprijin pentru o serie de tulburări cum ar fi: dureri puternice în zona lombară (fără o cauză organică), anxietate generalizată, instabilitate emoţională şi tendinţă de izolare socială.

La prima întâlnire pacienta şi-a impresionat terapeutul părând o persoană tare şi sigură de sine, după care a izbucnit în plâns ripostând cu o metaforă: „problema mea este că nu am coloană vertebrală".

Terapeutul a solicitat-o să se relaxeze şi să-şi reprezinte mental coloana vertebrală. Rezultatul imaginării era că pacienta îşi jmagina că are coloana vertebrală normală până în zona lombară, de unde aceasta este atât de moale încât nu-i mai poate susţine trupul. întrebată de terapeut cum poate sta în picioare, pacienta spune că şi-a făurit un corset metalic imaginar care o face să pară puternică în ochii celorlalţi. Deşi corsetul o deranjează, ea nu poate trăi fără el. In cursul psihoterapiei prin tehnica imaginării metaforice dirijate i se sugerează că deşi corsetul imaginar o susţine, el strânge corpul şi nu dă posibilitate coloanei să se dezvolte normal. (Din anamneză rezultă că la vârsta de 11 ani pacienta a rămas orfană, a fost internată într-un orfelinat, fiind separată de sora ei. Acolo ea a fost nevoită

206

să devină puternică pentru a face faţă condiţiilor dure).

Imaginarea metaforică a mers pe ideea de a-i sugera pacientei că scoate câte puţin corsetul imaginar, timp în care simte cum oasele i se întăresc progresiv.

2. Tehnica povestirilor terapeutice metaforice.

Odată determinată problema principală a pacientului, terapeutul poate adopta tehnica povestirii metaforice, care îl va ajuta pe pacient să-şi recunoască mai bine problema şi să găsească soluţii de a o rezolva. De pildă, o femeie de 41 de ani se prezintă la psihoterapie pentru următoarea simptomatologie: dispoziţie depresivă, anxietate, oboseală, supra-încordare, insomnii, acuza somatoforme şi abuz de alcool. Femeia era o cercetătoare valoroasă în domeniul tehnic, mamă a doi copii, despărţită de soţ, cu funcţie de conducere la locul de muncă şi aflată în faza de redactare a tezei de doctorat şi în competiţie profesională cu un coleg valoros. Terapeutul i-a prezentat următoarea povestire metaforică (adaptată după un caz citat de V a n derHart, 1988):

„ A fost odată o fată de împărat frumoasă şi sensibilă căreia îi plăcea să se plimbe, să culeagă flori, să privească cerul. A venit o vreme când tatăl ei, împăratul, a murit şi ea a trebuit să conducă singură împărăţia. Totul a mers bine până când un zmeu a atacat împărăţia ei. Atunci, o zână bună i-a spus că ea nu-şi poate salva împărăţia decât dacă găseşte copacul liniştii şi fericirii. Şi a plecat fata la un drum lung, prin păduri, peste munţi, prin pustiuri. Pentru a se feri de primejdii s-a îmbrăcat cu haine bărbăteşti.Ea căra în spate un rucsac ce devenea tot mai greu pentru că fata avea
207
obiceiul să-l tot încarce cu pietre. Oamenii care o vedeau cărând povara o compătimeau, dar asta nu făcea decât s-o înfurie şi să o ambiţioneze să-l care mai departe. Deodată ea şi-a dat seama că nu mai poate înainta, s-a aşezat, a dat rucsacul jos, l-a deschis şi a examinat pietrele una câte una. Atunci a văzut că aproape toate nu aveau valoare şi Ie-a aruncat păstrând doar două. Cu rucsacul uşor ea a ajuns la copacul liniştii, unde s-a aşezat şi şi-a oferit răgazul să admire natura..." La şedinţa următoare pacienta a venit amuzată şi i-a spus terapeutului că s-a gândit mult la povestea lui şi că ar fi bine să se mai elibereze de încărcăturile inutile pe care singură şi Ie-a luat şi să-şi ofere un răgaz de odihnă şi distracţie.
3. Tehnica afirmaţiilor metaforice utilizate de terapeut
Acestea au menirea să producă la pacient clarificări, conştientizări, interpretări şi în cele din urmă modificarea modului metaforic de gândire al pacientului. Astfel, pentru un pacient cu o tulburare reactivă post-traumatică (participase la războiul din Vietnam, unde suferise un şoc puternic) şi care manifesta permanent tendinţa de a părăsi locurile de muncă, de a se muta în altă localitate şi în cele din urmă de a se refugia în casa părintească, s-a utilizat metafora: „ai tendinţa să te ascunzi într-o vizuină, pentru că afară e vânătoare şi se trage!" (Witzum, Van der Hart şi Barbara Friedman, 1988).
4. Afirmaţiile metaforice făcute de pacient Pacienţii îşi exprimă frecvent suferinţele sub formă de metaforă: „mă simt ca într-o capcană"; „ceilalţi mă privesc de sus" etc. Fernandez (1977) denumea aceste metafore „metafore de nucleu", deoarece ele
208
exprimă lucruri esenţiale pentru pacient. Când aceste metafore nu sunt conştientizate, ele reprezintă ceea ce literatura de specialitate numeşte „metafore îngheţate". Conştientizarea sensului lor le aduce la viaţă, ele devenind excelente puncte de plecare pentru demersul psihoterapeutic viitor. Când la pacient se produce schimbarea se modifică şi aceste afirmaţii metaforice care devin indicatori a! progresului terapeutic.
Astfel, un pacient spunea la începutul tratamentului: „nu mai suport toată murdăria pe care o am în mine", iar la sfârşitul acestuia spunea: „mă simt din nou curat pe dinăuntru". Uneori metaforele pot reprezenta pentru pacient „simboluri condensate", având pentru acesta mai mult decât un singur sens şi fiind puternic încărcate emoţional (S a p i r, 1934; Tuner, 1967).
5. Metaforele ca mijloc de comunicare dintre terapeut şi pacient
Povestirile metaforice pot avea şi rolul de a face legătura dintre pacient şi psihoterapeut ajutându-l pe acesta din urmă să se conecteze afectiv cu pacientul. Lankton şiLankton (1987) denumesc aceste metafore - „metafore de intrare în rezonanţă". Rolul lor este de a capta atenţia pacientului şi de a-l angaja afectiv în relaţia psihoterapeutică.De pildă, pentru o pacientă de 27 de ani, divorţată, cu 2 copii, maltratată în copilărie de un tată alcoolic şi agresiv, dezamăgită de soţ şi apoi de prieten, cu o mare nevoie de afecţiune şi care refuza comunicarea directă cu terapeutul, deşi a venit la cabinet pentru ajutor, s-a utilizat o povestire metaforică de tipul: „A fost odată un copil singur, trist şi speriat, care trăia într-un deşert şi căruia îi era mereu sete...". Prin intermediul
209
metaforei terapeutul comunica cu pacientul într-un mod indirect, neamenințător, fn cursul hipnoterapiei imaginea metaforică poate servi şi unui obiectiv terapeutic

precis, nu numai pentru a-l face pe pacient să-şi lămurească mai bine problemele... De pildă, pentru pacienţii anxioşi, care se tem să intre în hipnoză, pentru a nu-şi pierde autocontrolul se poate sugera că ei se refugiază într-un loc imaginar sigur, unde se simt apăraţi. W a I c h (1978) descrie tehnica „balonului roşu" prin care pacientul se eliberează de anxietate, teamă, iritare, tensiune. El îşi imaginează o nacelă ataşată de un balon roşu, în care îşi aşază toate sentimentele negative de care doreşte să se elibereze. Când balonul îşi ia zborul, pacientul trăieşte un puternic sentiment de eliberare. Metaforele pot fi utilizate şi pentru a sugera amnezia posthipnotică pentru acele evenimente psihotraumatizante cărora încă pacientul nu e pregătit să le facă faţă. De pildă, în stare de hipnoză pacientul este instruit să-şi imagineze un safe în care aşază amintirile psihotraumatizante. Uşa se încuie şi pacientului i se sugerează că îşi va reaminti cifrul doar în prezenţa psihoterapeutului. 6. Acţiunile sau ritualurile metaforice B a r k e r (1985) subliniază utilitatea unor acţiuni cu caracter metaforic pe care trebuie să le îndeplinească pacientul în scop curativ. Ritualurile psihoterapeutice prescriu anumite acţiuni pacienţilor în scopul de a simboliza experienţele şi relaţiile dintre ei şi în final pentru a-i modifica. Această strategie psihoterapeutică presupune trasarea unor sarcini menite să-i ajute pe pacienţi să-şi rezolve problemele. Se utilizează şi acţiuni cu caracter pur instrumental, cum ar fi aceea de a-şi lua abonament şi a merge de două ori pe săptămână la piscină,

majoritatea însă având un predominant caracter simbolic,
Selvini Palazzoli şi alţii (1974) au denumit sarcinile în care predomină conţinutul simbolic „ritualuri terapeutice".
Andolfi (1983) şi Pa pp (1983) au utilizat tehnica ritualurilor psihoterapeufice în psihoterapia de cuplu, iar Mills şi C r o w I e y (1986) în psihoterapia la copii (desene metaforice, tehnica teatrului de păpuşi). S a r g e n t (1988) utilizează în cazul unui cuplu familial aflat în criză ritualul „îngroparea căsătoriei". Ei erau solicitaţi să îngroape în mod solemn anumite obiecte ce simbolizau vechea lor căsătorie. Apoi trebuiau să realizeze un început nou. printr-un ritual de revenire, ca de pildă o masă cu prieteni, care să simbolizeze o nouă căsătorie.
fn practica noastră am întâlnit o tânără de 16 ani care a fost victima unui viol. Ea prezenta anxietate accentuată, dispoziţie depresivă, tulburări de atenţie şi memorie, dezinteres pentru activitatea şcolară, tulburări de somn şi trăirea unui puternic sentiment că este impură. Am utilizat cu ea. printre alte tehnici, „ritualul de purificare": fata a fost instruită „să ţină o zi post negru. Apoi. în colaborare cu mama, ea a trebuit să dea foc lucrurilor cu care a fost îmbrăcată când i s-a întâmplat nenorocirea fn continuare i s-a indicat să facă un duş purificator pentru a spăla trecutul, cu ideea că va începe o existenţă nouă".
Un băiat de 15 ani a fost brutalizat de un tată alcoolic. Deşi mama a divorţat şi a luat copilul acesta a dezvoltat atacuri de panică t'Jburări de somn, labilitate emoţională şi ideea obsesivă că bunica din partea tatălui (din mediu rural, despre care auzise că s-ar ocupa de vrăji), l-ar putea influenţa să revină la tatăl său de care se

temea puternic, l-am recomandat copilului să utilizeze ritualul: „ecranului de protecţie" (el trebuia să se aşeze într-o poziţie de meditaţie specifică sistemului Yoga, să inspire, să oprească respiraţia concentrându-se pe ideea că este în siguranţă. în timpul expiraţiei el era solicitat să-şi imagineze că îşi construieşte un ecran de protecţie care îi înconjoară corpul şi ii fereşte de orice acţiune magică".
Experienţa noastră clinică precum şi literatura de specialitate pledează pentru ideea că valoarea psihoterapeutică cea mai ridicată o au metaforele în tratamentul tulburărilor psihice posttraumatice. fn astfel de cazuri, a ataca direct şi frontal problema ar fi prea anxiogen pentru pacient. Metaforele au rolul de a dezactiva mecanismele de apărare ale eului fără a creşte anxietatea.

De asemenea, pledăm pentru ideea includerii metaforelor terapeutice în cadrul unor modele psihoterapeutice mai complexe care să includă şi alte tipuri de abordări strategice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

t
C a s a m e n t, P. - On Learning from the Patient Tavistock /Routledge, 1992. Coleman, J. C; Butcher, J.N.; Car son, R C. -Abnormal Psychology and Modern Life Scott, Foresman Comp. Glenview. Illinois. London. 1984. G o I d f r i e d, R. M.; C a s t o n g u a y. L C. - The Future of Psychotherapy integration. in Psychotherapy voi. 29.1/1992. Handley, R.; Neff Pauline- Anxiety and Panic Attacks. Their cause and cure. The five point life plus program forconquenng fear Fawoett Crest, New York. Ballantine Book, 1985. Hartland. J - Medical and Dental Hypnosis and its Clinical Applications Bailliere Tindall. London, 1979. Holdevici. Irina: Vasilescu. I P, - Hipnoza şi forţele nelimitate ale psihismului uman. Ed. Aldomars, Bucureşti, 1991. Holdevici, Irina- Psihologia succesului. Ed. Ceres, Bucureşti, 1993. I o n e s c u, G. - Psihoterapia. Ed. Ştiinţifică. Bucureşti, 1990. Lazarus, R. -Patternsof AdjustmentMcGraw-Hill Book Corn. New York, San Francisco, London, Paris, Sydney, Toronto, 1976. Madanes, Cloe-BehindtheOne-wayMirrorAdvances in the Practice of Strategie Therapy. San Francisco, Washington, London, Jossey Bass, 1984. R o g e r s, C. - Client Centered Therapy Coustable. London, ed. 1992. Van der Hart, O. - Rituals in Psychotherapy Transition and Continuity. Irvington Publtshers. New York, 1983. W e e k s, GR,: L'A b a t e, L L - Paradoxical Psychoterapy. Theory and Practice With individualis and Families. New York, Bruner Mazei 1982

213

Weitzenhoffer, A. M. - General Techniques of Hypnotism. Grune and Straton, Inc. New York and London, 1957. Wester, CW.Smith, H. A. (eds.)-Clinical Hypnosis: A Multidisciplinary Approach J. B. Lippincott, Corn. Philadelphia. London, Mexico City, New York, Sao Paolo, Sydnei. 1985.

CUPRINS

Cuvânt înainte..... 5
Probleme generale ale psihoterapiei..... 7
Psihoterapii de orientare dinamică..... 21
Psihoterapii experienţiale 48
Valoarea psihoterapeutică a tehnicilor Yoga şi meditative..... 71
Psihoterapii de orientare comportamentală . . 98
Psihoterapia prin intervenţie paradoxală 117
Hipnoterapia..... 153
Autohipnoza..... 186
Metaforă şi ritual în psihoterapie..... 202

Lei 1100

ISBN 973-40-0278-3

Din cuprinsul lucrării: • Psihoterapii de orientare dinamică • Psihoterapii experiențiale • Valoarea psihoterapeutică a tehnicilor Joga și meditative • Psihoterapia de orientare comportamentală • Psihoterapia prin intervenție paradoxală • Hipnoterapia • Autohipnoza • Metaforă și ritual în psihoterapie

colecția caleidoscop

EDITURA CERES

București Piața Presei Libere nr.1 sect.1
Telefon: 6176010, int. 2004